

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1977 - N°

471

**ESSAI D'APPROCHES DU FONCTIONNEMENT
D'UN SECTEUR PSYCHIATRIQUE.**

LE SECTEUR VII DE L'ISERE.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 24 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Marc GAUTHIER

né le 12 Novembre 1946

à LYON 3^e (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1977 - N°

**ESSAI D'APPROCHES DU FONCTIONNEMENT
D'UN SECTEUR PSYCHIATRIQUE.**

LE SECTEUR VII DE L'ISERE.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 24 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Marc GAUTHIER

né le 12 Novembre 1946

à LYON 3° (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. ALEXIS-CARNEL

Année 1977 - N°

LE SECTEUR VII DE L'ISERE.
D'UN SECTEUR PSYCHIATRIQUE.
ESSAI D'APPROCHES DU FONCTIONNEMENT



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 24 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Marc GAUTHIER

né le 12 Novembre 1946

à LYON 3 (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Président de l'Université : Monsieur le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Monsieur le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET
Troisième Vice-Président : Monsieur R. LOPEZ
Secrétaire Général : Monsieur J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Monsieur le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL Directeur Monsieur le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST Directeur Monsieur le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD Directeur Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur
Honoraire : Monsieur le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur : Monsieur le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Directeur : Monsieur le Docteur A. MORGON (MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur:: Monsieur le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : Monsieur le Professeur R. GUILLET

Directeur : Monsieur A. MILLON

MATHEMATIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE - Directeur : Monsieur le Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Directeur : Monsieur le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE - Directeur : Monsieur le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Directeur : Mademoiselle le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 - Directeur : Mr le professeur B. POUVET

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 - Directeur : M.J. GALLET (Directeur
ENSAM)

OBSERVATOIRE - Directeur : Monsieur MONNET (Astronome Adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Monsieur le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE - Directeur : Mademoiselle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

COMPOSITION DU JURY

Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

Monsieur le Professeur Marcel COLIN

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINNE

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques HOCHMANN

Monsieur le Docteur Pierre COULET.

A MES PARENTS,

A MA FAMILLE,

A LA MEMOIRE D'ANTONIA, ANNA, MELANIA, AUGUSTA,
ma grand-mère,

A MA BELLE-FAMILLE,

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE,

A MES AMIS,

A TOUTE L'EQUIPE DU SECTEUR VII,

A LISA,

A DOMINIQUE,

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

Monsieur le Professeur Marcel COLIN

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINNE

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques HOCHMANN

Monsieur le Docteur Pierre COULET -

Nous les remercions d'avoir bien voulu accepter de
juger ce travail.

- I N T R O D U C T I O N -

Le secteur. On en a rêvé sans trop savoir à quoi cela correspondait et puis voilà déjà la possibilité de quitter l'hôpital, "d'aller sur le secteur". C'est le Beaujolais qui déploie ses tentations à 50 kilomètres du Centre Psychothérapique de Saint-Cyr au Mont d'Or où nous sommes interne. C'est loin, mais notre désir est grand. De même que la situation institutionnelle est troublée après l'éviction arbitraire du médecin-chef du service hospitalier qui, parce qu'il avait permis à une psychiatrie différente de se faire jour, menaçait l'ordre asilaire. Il apparaît très vite qu'il nous faut nous déprendre de cette situation mortifère où se conjuguent les dépressions des infirmiers, cassés net dans leur élan vers de nouvelles formes de soins, et les pressions administratives en vue de rétablir l'ordre.

C'est donc d'abord par opposition à un hôpital qui, pour n'avoir pas su tolérer l'espoir débridé, l'espoir "fou", ne pouvait plus être vécu que comme mauvais que nous fîmes nos premières expériences sectorielles. Consultations de textes, affrontements aux problèmes épineux de la budgétisation, recherche de locaux et surtout, prise de contact avec les services sociaux et les médecins travaillant sur l'aire géographique desservie, une première ébauche prit vie sous la forme d'une consultation médico-psychologique bi-mensuelle, sise dans un Centre Médico-Social à Beaujeu et assurée, à tour de rôle par deux médecins et par deux infirmiers différents à chaque fois, afin de permettre à un maximum de gens de sortir de l'hôpital.

En outre, des visites à domicile pouvaient être effectuées suivant les besoins, soit par un médecin, soit par les infirmiers, à partir de l'hôpital. Une relation nouvelle put s'instaurer avec certains malades. Des relations de collaboration fructueuse commençaient à se nouer avec les assistantes sociales polyvalentes et les médecins généralistes et des accords avaient été passés avec la municipalité de Belleville pour l'obtention d'un appartement que nous peuplions déjà de nos fantasmes quand la situation institutionnelle hospitalière se dégrada un peu plus en pleine canicule. Douze infirmiers diplômés démissionnèrent ou se firent muter ; les projets de développement du secteur s'étiolèrent et nous n'eûmes bientôt plus que le désir de finir au plus vite notre temps d'internat dans cet hôpital.

Nous avons alors choisi d'aller exercer notre activité sur le secteur Nord de Vienne qui présente la

particularité d'être rattaché à un service de psychiatrie relativement modeste, inclus dans l'hôpital général de Vienne. Nous avons travaillé pendant neuf mois sur ce secteur.

Au cours de cette année 1976, une interrogation, un besoin se sont fait jour dans l'équipe : peut-on évaluer notre travail ? Cette interrogation, souvent posée et discutée pour chaque malade, prenait ici valeur institutionnelle. Elle semblait aussi prendre valeur de test narcissique : le travail accompli depuis deux ans est-il "constructif" ? Sommes-nous de bons soignants ? Qu'apportons-nous aux malades ? Qu'est-ce que nous attendons d'eux ?

Il apparut très vite qu'il fallait une base à la discussion, une étude de ce qui avait été fait pendant ces deux ans. Il fut décidé que pour chaque malade pour lequel il y avait eu une prise en charge extra-hospitalière, serait établie une fiche à partir d'une fiche-type prise comme référence. Chaque fiche serait remplie par le soignant qui connaissait le mieux le malade à partir des informations contenues dans le dossier, mais surtout à partir de ce qu'il aurait pu connaître de la vie du malade au cours de leur relation.

En outre, il lui était demandé au verso de la fiche de porter une appréciation personnelle sur les perspectives qui s'offraient pour chaque malade et de faire des observations, sans qu'il soit précisé de quel type d'observations il s'agissait.

C'est ce matériel qui a servi à l'élaboration

de ce travail qui, nous l'espérons, permettra peut-être à l'équipe actuelle avec une année de recul, de tirer quelque enseignement sur sa pratique.

Par là, nous espérons aussi apporter notre contribution à l'analyse globale de la politique de secteur. En effet, selon BAILLON (1), la meilleure méthode d'appréhension de cette politique serait les monographies d'expérience de secteur appréhendées dans leur globalité et leur déroulement historique.

(1) Information Psychiatrique - janvier 1976.

- PRESENTATION -

I - SITUATION GEOGRAPHIQUE ET APERCU SOCIO-ECONOMIQUE :

Le secteur VII se répartit en trois pôles géographiques, l'ensemble correspondant à 30 communes.

1) Vienne : 28 753 habitants (1)

Le secteur VII correspond à Vienne Nord avec 15 322 habitants et à son prolongement banlieusard, la commune de Pont-Evêque avec 5 636 habitants.

Il y a quelques années, Vienne était encore une ville d'industries textiles florissantes. La Gère, petite rivière qui traverse Vienne, se colorait alors, selon certains témoins, des multiples teintes utilisées par les teintureries. Aujourd'hui, la Gère ne se colore plus. Un processus de désindustrialisation s'est engagé

(1) Les chiffres cités proviennent du dernier recensement effectué par l'INSEE en 1975.

et les problèmes de chômage deviennent assez préoccupants.

Rattachée à Vienne pour les consultations, Chasse (3 956 habitants), ville industrielle de la grande banlieue lyonnaise, constitue avec Givors, sur l'autre rive du Rhône, un complexe sidérurgique important.

Autour de Vienne, des communes rurales menacées à la fois par l'expansion urbaine et par la crise de la petite exploitation agricole.

2) Saint-Quentin Fallavier (4 191 habitants) : gros bourg de caractère campagnard mais de plus en plus village dortoir inclus dans le périmètre de la ville nouvelle de l'Isle d'Abeau. Les exploitations agricoles s'y font rares.

Distant de 5 kilomètres, Heyrieux, autre gros bourg (2 473 habitants) est dans l'attraction directe des établissements Berliet qui drainent une partie importante de sa population.

Autour de Saint-Quentin, des communes rurales avec de petites exploitations agricoles de moins en moins rentables. Situées sur le site de la ville nouvelle, ces communes, groupées dans un syndicat intercommunal, le SCANIDA, faisant pièce à l'Etablissement Public d'Aménagement de l'Isle d'Abeau, l'EPIDA, vont peut-être connaître une nouvelle vie, notamment avec la création d'emplois nouveaux sur place. Déjà, actuellement, beaucoup de fermiers sont des semi-ruraux qui travaillent à l'usine pendant la journée.

3) Les confins du secteur ou "la presqu'île", comme elle est appelée par l'équipe : avec la zone industrielle Charvieu (6 478 habitants) Pont de Chéruy (3 853 habitants) à forte population immigrante, mêlant des immigrants installés depuis longtemps (Arméniens surtout après le génocide de 1914 en Turquie) et parfaitement intégrés tout en ayant conservé un certain particularisme culturel et des immigrants d'installation plus récente, composés essentiellement de Nords-Africains.

II - HISTORIQUE :

Courant 1973, un jeune médecin chef de secteur est nommé sur la région viennoise. Une consultation médico-psychologique existait déjà depuis 1971 dans un dispensaire polyvalent de Vienne, assurée par un psychiatre qui se déplaçait depuis Grenoble, par une assistante sociale spécialisée et par un psychologue. Au début, ce nouveau médecin-chef reprend la consultation déjà existante et prend des contacts avec l'hôpital général de Vienne en vue de l'ouverture d'un service d'hospitalisation.

Puis, en janvier 1974 arrivent trois internes dont deux sont restés et sont maintenant assistants. Dès lors peuvent s'individualiser deux secteurs d'environ 70 000 habitants chacun, sous l'autorité du seul médecin-chef : les secteurs VI et VII de l'Isère. Les consultations se font cependant toujours dans le seul dispensaire polyvalent et l'exiguité des locaux pose des problèmes difficiles.

L'histoire du secteur VII commence donc à cette époque. L'équipe de base est constituée d'un interne,

d'un psychologue, d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'une secrétaire. Son fonctionnement deviendra celui d'un groupe centré sur un leader charismatique (l'interne), charisme trouvant, semble-t-il, sa source dans une forte puissance de travail alliée à une présence quasi continuelle.

Dès cette époque, les visites à domicile (VAD) constituent une part importante de la prise en charge des patients qui demeure toutefois essentiellement centrée sur des consultations.

En avril 1974, c'est l'ouverture du service qui assure les hospitalisations, du moins en placement libre, des deux secteurs VI et VII, avec d'emblée, la constitution d'une équipe uniquement hospitalière. La post-cure va alors être, pour un temps seulement, l'activité la plus importante de l'équipe du secteur VII.

Vers la même époque, des contacts pris avec la municipalité de Saint-Quentin Fallavier aboutiront à l'ouverture d'une consultation de psychiatrie dans les locaux du nouveau Centre Social de cette localité.

Enfin, en septembre 1974, la location d'un vieil appartement de la rue Juiverie permettra à l'équipe du secteur VII de disposer à Vienne même d'un lieu de consultation propre.

Mais, en janvier 1975, cette équipe de base va se dissoudre avec la création d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile qui absorbera le médecin, le psychologue et l'assistante sociale de ce secteur. Il ne restera alors plus de l'ancienne équipe de base que

l'infirmière et la secrétaire. Le nouvel interne responsable sera un de ceux arrivés un an auparavant. Il a travaillé pendant cette année à l'hôpital général de Vienne mais a connu les problèmes posés par l'implantation sectorielle. En ce sens, on peut dire qu'une certaine continuité existera au niveau médical malgré le changement d'interne.

Au début de cette année 1975 arrivent également une nouvelle psychologue et une nouvelle assistante sociale puis, dans le courant de l'année, une infirmière et un infirmier. Les consultations vont se développer dans les deux centres de soins, s'adressant de plus en plus à des patients non hospitalisés, alors que les VAD, valorisées dès le début du fonctionnement sectoriel comme technique de soins privilégiée, deviendront de plus en plus importantes avec l'augmentation du personnel infirmier.

Nous-mêmes arrivons comme interne du secteur en avril 1976, l'interne précédent devenant assistant, ce qui permettra une meilleure articulation entre le service d'hospitalisation et le secteur.

Au 30 juin 1976, date arbitrairement choisie pour clore ce travail, l'équipe du secteur VII est donc composée de deux médecins, d'une psychologue, d'une assistante sociale, de deux infirmières, d'un infirmier et d'une secrétaire. Des consultations existent dans les deux centres de soins à raison de deux matinées et d'une après-midi pour Vienne et d'une journée pour Saint-Quentin par semaine. En outre, une permanence infirmière est assurée tous les jours au Centre Médico-Psychologique de Vienne. Une matinée est prévue à l'hôpital pour une réunion avec le service et une autre pour une réunion interne. Les VAD sont effectuées, en

général, l'après-midi, essentiellement par les infirmier(e)s et la psychologue. En dehors des consultations et des VAD il n'existe pas encore à cette époque d'autres formes de soins.

III - LES LIEUX DE CONSULTATIONS : Les centres médico-psychologiques (CMP)

- Vienne :

Situé au 29 de la rue Juiverie, en plein centre de Vienne, le CMP de Vienne Nord ne saurait se distinguer de la rue. Aucune pancarte sur la porte de l'allée sombre qui conduit à un escalier tortueux. Il faut monter jusqu'au deuxième étage et franchir la porte palière, toujours ouverte, pour être certain, grâce aux indications d'une plaque plastifiée, qu'on ne s'est pas trompé. Encore, le visiteur novice ne sait-il pas à laquelle des deux portes, droite ou gauche, il doit sonner ; la porte droite ouvre sur un étroit couloir qui conduit à une salle d'attente minuscule qui, comme presque toutes les salles d'attente et malgré son crépi blanc et ses dessins d'enfants, engendre une morosité anxieuse. La porte gauche ouvre également sur un couloir qui dessert les pièces utilisées pour les consultations : au fond, une grande pièce tapissée en vert, au beau plancher rustique, meublée seulement d'une petite table basse et de fauteuils profonds, lieu de consultation le plus habituel ; à côté, une pièce plus petite presque entièrement occupée par un bureau, enfin la cuisine où trône bizarrement un divan qui n'a cependant rien d'analytique mais sert éventuellement aux injections. Le reste des pièces de ce vieil appartement cossu est réservé

d'une part à un bureau "opérationnel" (secrétariat, réception, réunion), d'autre part, à l'usage de la pédo-psychiatrie, ce qui pose parfois des problèmes de cohabitation difficiles, l'exiguïté des locaux en regard des besoins étant patente.

- Saint-Quentin :

Un vaste centre social tout neuf, à deux étages, clair, aéré, situé à côté de l'école primaire à quelques centaines de mètres du centre du bourg. Plusieurs pièces y sont réservées à la psychiatrie. Une grande pièce sert de salle d'attente commune à tous les services du centre et, également, de bureau de la secrétaire du centre qui fait aussi office d'hôtesse d'accueil. Les consultants de psychiatrie ne se distinguent pas des autres personnes fréquentant le centre, de même qu'il est impossible de distinguer à priori les soignants de psychiatrie des autres catégories de personnel. Contrairement à celui de Vienne, c'est donc un lieu non exclusivement psychiatrique mais articulé aux autres travailleurs sociaux.

IV - LE SERVICE DE PSYCHIATRIE :

Situé au troisième étage de l'hôpital général de Vienne entre le service de spécialités au deuxième étage et la dermatologie au quatrième étage (chirurgie au rez-de-chaussée et médecine au premier), le service fait donc partie intégrante de l'hôpital. D'une capacité officielle de 15 lits, il est occupé en général par 20 à 25 personnes. Il reçoit les malades adultes (hommes et femmes) des deux secteurs VI et VII, à l'exclusion de quelques rares personnes pour qui un Placement d'Office a été demandé et qui sont envoyées directement à l'

hôpital psychiatrique départemental de Saint-Egrève (Grenoble). Ce qui caractérise le mieux cette psychiatrie à l'hôpital général et contrairement à certaines expériences du même type(1) c'est la bonne tolérance dont elle jouit. Tolérance qui vient en partie du fait qu'il existe de bonnes relations entre les internes tant somaticiens que psychiatres, ces derniers assurant d'ailleurs une garde psychiatrique permanente, mais aussi du fait que les malades psychiatriques semblent avoir intériorisé un modèle hospitalier qui fait que l'expression délirante, lorsqu'elle existe, se fait presque toujours à bas bruit, respectant ainsi la norme culturelle du "Silence Hôpital" et que la référence spatiale essentielle demeure le lit d'hospitalisation rendant ainsi tout "vagabondage" plus angoissant et partant peu fréquent. Cette intériorisation du modèle hospitalier par les malades est favorisée par le souci de l'équipe d'éviter une trop grande expansivité des troubles psychiatriques, afin de conserver au service un statut social acceptable. Une dimension importante du message individuel désespéré livré par le fou est ainsi perdue au profit d'une meilleure intégration, voire survie, de l'ensemble.

Le fonctionnement du service, également calqué sur celui des services somatiques, est essentiellement pragmatique ce qui empêche souvent "le temps de comprendre" d'avoir lieu. Le "turn-over" est très rapide puisque la durée moyenne d'hospitalisation est de un mois. Certes, le manque de lits, en égard aux besoins, impose ce renouvellement constant mais il semble aussi qu'on veuille se protéger par là de la souffrance, nier magiquement, en quelque sorte par un agi maniaque la dimension mortifère du vécu morbide.

(1) Information Psychiatrique n° 9 - 1975.

L'articulation entre équipe intra et extra-hospitalière est assurée théoriquement par les réunions hebdomadaires du mercredi. Ces réunions, auxquelles participent d'une part des permanents (équipe de secteur dans son ensemble et médecins du service) et d'autre part des temporaires (infirmières du service présentes ce jour là), ont évolué depuis un dialogue presque exclusivement médical jusqu'à une libération relative de la parole dans un polylogue d'où le malade est cependant toujours resté exclus.

- MATERIEL UTILISE -

I - MODELE DE FICHE UTILISEE RECTO ET VERSO :
voir annexe page suivante.

II - APERCU SUR L'UTILISATION DE CE MATERIEL :

- Les chapitres : "âge, sexe, origine et critères socio-économiques" doivent servir à un essai de définition de la population fréquentant l'institution sectorielle. En comparant certaines rubriques et le diagnostic, on cherchera à mettre en évidence des liens entre certains critères socio-économiques et ce diagnostic.

Ces chapitres devraient surtout permettre avec les autres chapitres du recto "antécédent, circuit d'entrée et mode de prise en charge" une estimation chiffrée du fonctionnement sectoriel et une première approche de ce fonctionnement.

N.B. - Certaines rubriques n'ont pas pu être remplies faute de renseignements. Il ne fut alors pas procédé à

NOM : AGE : SEXE : ORIGINE :
COMMUNE DE RESIDENCE : DIAGNOSTIC :

I - CRITERES SOCIO-ECONOMIQUES :

- 1/ Milieu d'origine : . social
. familial
. antécédents-familiaux
- 2/ Situation familiale : . Marié
. Célibataire
. Veuf ou divorcé
. Enfant(s)
- 3/ Profession :
- 4/ Activités sociales :
- 5/ Logement : individuel (I) ou collectif (C) :
Type de 1 à 5 :
(1 = luxueux ; 2 = confortable ; 3 = moyen ; 4 = médiocre
5 = taudis).
- 6/ Degré d'isolement :

II - ANTECEDENTS :

III - CIRCUIT D'ENTREE :

- . service de psychiatrie : Date :
. autres services de l'hôpital : Secteur :
. Adressé par :

IV - MODE DE PRISE EN CHARGE :-

1/ Extra-hospitalier :

- a) Médecin : AT : Invalidité :
Consultation : Rythme :
VAD: Nombre : Motif :

b) Infirmier : Entretien : Acte M : VAD :

c) Psychologue : Entretien : VAD :

d) Assistante sociale : Entretien : VAD : IS :

- 2/ Hospitalisation : Fréquence : Durée : Ets :
3/ Maison de repos :
4/ Placements divers et autre :

- ORIENTATION :

- Thérapeute privilégié :

des recherches supplémentaires, le soignant concerné se contentant de répondre : "ne sait pas" (NSP).

- Les deux chapitres du verso, "Perspectives" et "Observations" donneront lieu à une analyse de contenu qui devrait permettre une deuxième approche du fonctionnement sectoriel.

- Enfin, une troisième approche de ce fonctionnement sera trouvée en dehors du matériel par une analyse de cas de certains patients.

III - CRITIQUE DU MATERIEL :

A l'époque de l'ordinateur et du renforcement du contrôle social sur l'individu, les fiches ont toujours une connotation policière et on ne saurait sans une certaine méfiance prôner leur utilisation. Cependant, dans ce travail, les fiches individuelles sont destinées à éclairer un fonctionnement collectif et elles ne sauraient en aucun cas être utilisées pour catégoriser un individu souffrant. En particulier, elles ne rejoindront aucun fichier ni aucun dossier après leur utilisation.

Cette digression déculpabilisante effectuée, il reste que ce matériel, s'il n'est peut-être pas le plus apte à traduire un fonctionnement sectoriel, permet de recueillir et de grouper les renseignements contenus dans les dossiers avec ceux des soignants qui connaissent le mieux chaque patient. Par là, il devient le produit de la pensée collective de l'équipe actuelle, et non pas le support de la recherche d'un seul.

PREMIERE PARTIE :

- APPROCHE QUANTIFIEE DU FONCTIONNEMENT SECTORIEL -

I - RESULTATS GLOBAUX :

1) Effectif :

Cette population représente la file de fonctionnement du 1^o janvier 1974 au 30 juin 1976. Elle comporte toutes les personnes pour lesquelles il y a eu au moins une intervention de l'équipe extra-hospitalière avec constitution d'un dossier entre les dates précitées.

Cette file de fonctionnement est de 234 personnes dont 124 hommes et 110 femmes.

2) Catégories diagnostiques en nombre et en pourcentage :

N. B.(1) - Nous n'avons pas utilisé les grilles de l'INSERM qui auraient peut-être permis des comparaisons avec d'autres secteurs, mais qui ne correspondaient pas à notre observation clinique.

N.B. (2) - Faut-il encore rappeler que ces catégories diagnostiques, rejetons de notre mère nosographie, ne sont que le reflet d'une réalité morbide éminemment mouvante, outils communicationnels bien plus que buts et moyens de l'action soignante ?

DIAGNOSTIC	NOMBRE	POURCENTAGE
Etats dépressifs	60	25,6 %
Psychoses chroniques	56	23,9
Névroses	25	10,7
Ethylisme	25	10,7
Psychoses aiguës	12	5,1
Psychopathies	10	4,3
Etats limites	8	3,4
Sinistroses	7	3
Démences	5	2,1
Divers	26	11,1
TOTAL	234	100

3) Répartition des consultants par C.M.P. :

- C.M.P. de Vienne : 172 consultants, soit un pourcentage d'activité de 73,2 %, dont :

- . 99 consultants en provenance de Vienne (57,5 %)
- . 28 en provenance de Pont-Evêque (16,2 %)
- . 16 en provenance de Chasse (9,3 %)
- . 16 dont l'adresse ne nous était pas connue

- . le reste, en provenance de diverses petites communes alentours, dont Serpaize (2,3 %).

- C.M.P. de Saint-Quentin Fallavier : 62 consultants, soit un pourcentage d'activité de 26,5 %, dont :

- . 17 consultants en provenance de l'ensemble Charvieu - Pont de Chérucy - Janneyrias (la presqu'île) (27,4 %) ;
- . 10 en provenance d'Heyrieux (16,1 %) ;
- . 7 en provenance de Saint-Quentin (11,3 %).

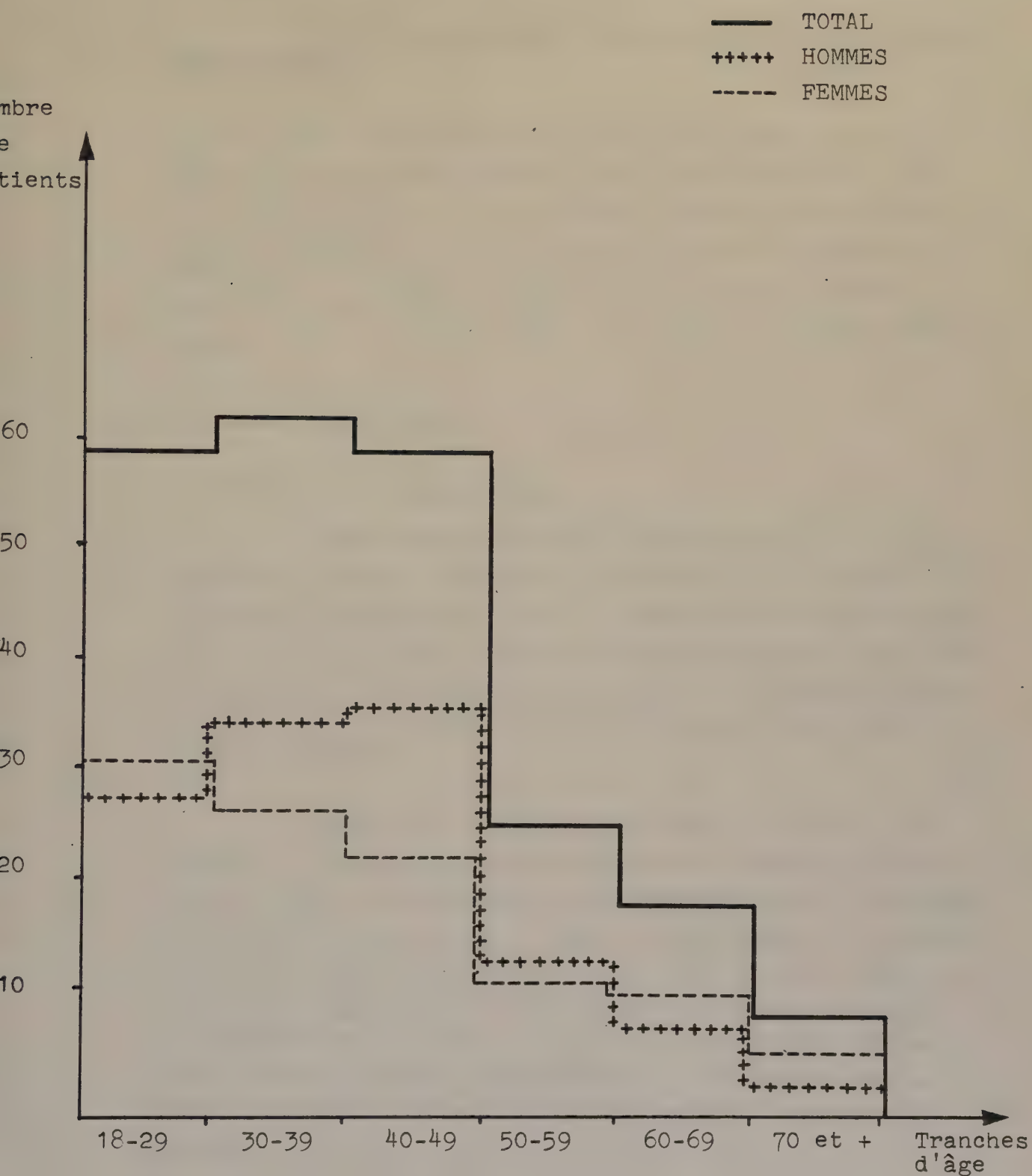
Le reste des consultants se répartit sur toutes les communes avoisinantes.

II - AGES ET SEXE :

1) Courbe des âges : (cf page 20)

Commentaire : On constate une remarquable distribution autour de la quarantaine (51,7 % des patients ont moins de 40 ans et 48,3 en ont plus).

La décroissance qui s'observe à partir de la tranche d'âge 50-59 correspond à celle de la population générale et n'est donc pas liée à une quelconque diminution de la pathologie mentale avec l'âge. De même, le nombre plus important de femmes que d'hommes à partir de la tranche d'âge 60-69 correspond également aux constatations effectuées dans la population générale. (D'après les données de l'INSEE en 1975 pour le canton de Vienne Nord, la décroissance de population et le nombre plus important de femmes que d'hommes se produisent simultanément à partir de la tranche d'âge 55-59).



2) Rôle de l'âge et du sexe dans les catégories diagnostiques :

- Conditions préliminaires : pour obtenir des chiffres exploitables statistiquement, nous avons regroupé, peut-être arbitrairement, les psychoses aiguës et chroniques, les psychopathies avec les états limites et intégré les démences à la catégorie divers. Cette classification sera d'ailleurs utilisée dans les autres tableaux comparatifs.

- Tableau : (cf page 22).

- Résultats et commentaires :

Pour chaque catégorie diagnostique, nous avons comparé le sexe et l'âge, pour déterminer s'il existait une différence significative, avec l'ensemble des autres catégories. Le test de CHI^2 permet alors de savoir si cette différence est due au hasard ou si elle est réellement significative (avec une probabilité inférieure à 0,05 ou 0,01 suivant les cas).

Nous avons pu ainsi déterminer qu'en ce qui concerne le sexe, il n'existait pas de différence significative entre chaque catégorie diagnostique et l'ensemble des autres, en particulier pour les psychoses et les états dépressifs. En d'autres termes, il n'existe pas, pour la population considérée, de lien entre le sexe et le fait de présenter tel ou tel trouble de la pathologie mentale alors que nous avons cliniquement l'impression que les états dépressifs étaient en grande partie l'apanage des femmes.

	18 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 et +	
DIAGNOSTIC	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
PSYCHOSES 68 H : 31 (45,6 %) F : 37 (54,4 %)	7	7	12	11	9	6	1	8	1	5	1	
ETATS LIMITES 18 H : 14 (77,8 %) F : 37 (54,4 %)	10	4	1		2				1			
NEVROSES 32 H : 14 (43,8 %) F : 18 (56,2 %)	4	7	3	5	6	4		1	1	1		
ETATS DEPRESSIFS 60 H : 27 (45 %) F : 33 (55 %)	1	7	9	8	7	10	7	3	2	4	1	1
ETHYLISME 25 H : 23 (92 %) F : 2 (8 %)	2	1	7		8	1	4		2			
DIVERS	4	5	3	3	4	2	2		1	1	1	5
T O T A L 234	28	31	35	27	36	23	14	12	8	11	3	6
	59 (25,2%)	62 (26,5%)	59 (25,2%)	26 (11,1%)	19 (8,1%)	9 (3,8%)						

Pour l'âge, nous avons regroupé les sujets en deux tranches : inférieur à 40 ans et supérieur ou égal à 40 ans et nous avons cherché à estimer le rôle de l'âge pour chaque catégorie diagnostique comparée avec le reste de la population considérée.

Le test de CHI^2 ne nous a pas montré de différence significative pour les psychoses, les névroses et les états dépressifs, par contre, la différence est significative pour les états limites, ceux-ci étant plus fréquents avant 40 ans qu'après (avec une probabilité inférieure à 0,01).

Il convient cependant de signaler, pour nuancer ce résultat, que nombre d'états dépressifs dits d'invololution ressortaient probablement à une structuration (ou plutôt astructuration) état limite non reconnue comme telle et que d'autre part, le diagnostic de psychopathie (diagnostic comportemental qu'on a associé à celui structurel d'état-limite) est rarement porté après la quarantaine.

III - ORIGINE :

1) Résultats globaux :

On trouve dans la file de fonctionnement 160 patients d'origine française, soit 68,4 % pour 74 étrangers soit 31,6 % dont 14,1 % de Nord-Africains.

Si nous comparons avec les pourcentages obtenus par l'INSEE pour le canton de Vienne Nord lors du dernier recensement de 1975 (86,5 % de Français, 13,5 % d'étrangers dont 4,9 % d'Algériens), on s'aperçoit que les pourcentages d'étrangers obtenus pour la file de fonctionnement sont très

supérieurs à ces derniers. Certes, il existait certainement une prédisposition à la maladie mentale chez beaucoup de transplantés présentant actuellement des troubles du comportement mais il n'en demeure pas moins vrai, qu'ici comme ailleurs, la transplantation vient jouer le rôle de désorganisateur psychique d'une structure mentale qui aurait pu rester bien compensée dans le pays d'origine.

2) Rôle de l'origine dans les catégories diagnostiques :

- Tableau :

DIAGNOSTICS	ORIGINE	
	Français	Etrangers
PSYCHOSES 68	43	25 36,8 %
ETATS LIMITES 18	14	4 22,2 %
NEVROSES 32	19	13 40,6 %
ETATS DEPRESSIFS 60	47	13 21,6 %
ETHYLISME 25	14	11 44 %
DIVERS 31	23	8 25,8 %
TOTAL 234	160 68,4 %	74 31,6 %

- Résultats et commentaires :

Comme nous l'avons fait pour le sexe et pour l'âge, nous avons comparé, pour l'origine, chaque catégorie diagnostique avec l'ensemble des autres. Le test de χ^2 ne nous a alors pas montré de différence significative entre les diverses catégories.

Cependant, dût notre raisonnement statistique en souffrir, on peut constater que pour trois catégories diagnostiques les pourcentages obtenus pour les étrangers dans la catégorie dépassent le pourcentage global d'étrangers dans la file de fonctionnement, à savoir les psychoses (25 / 68, soit 36,8 %), les névroses (13 / 32, soit 40,6 %) enfin, l'éthylisme (11 / 25, soit 44 %).

On retrouve ici les constatations de Koechlin (P) (1) qui postule qu'il existe trois types de troubles se succédant dans un ordre chronologique et indépendant de l'origine nationale, lors de la transplantation. D'abord, des états dépressifs atypiques chez les sujets arrivés depuis peu, états accompagnés de recours à l'alcoolisme, ensuite, à partir de ces états dépressifs, une névrose hystérique ou une hypocondrie délirante, enfin un délire systématisé d'interprétation et de persécution.

Si nous ne pouvons pas vérifier ici la succession chronologique de ces trois états, ils apparaissent bien dans la pathologie présentée mais sous une forme différente. Ainsi, il nous est apparu qu'en ce qui concerne les psychoses il s'agissait bien plus de schizophrénies avérées que de psychoses systématisées. En fait, c'est l'échec de la projection paranoïaque utilisée comme mécanisme de défense dans un premier temps qui conduirait secondairement à une dissociation paranoïde, reflet du conflit interne entre les deux cultures. En ce qui concerne les névroses, il nous faut insister plus particulièrement sur la névrose dite "post-traumatique" qui nous a semblé, et de loin, être le mode d'expression privilégié du transplanté. On pourrait penser que le statut de travailleur malade (et la "névrose"

(1) "Perturbation des mécanismes instrumentaux d'insertion au milieu" - Evolution Psychiatrique, I, 1956.

post-traumatique est, à cet égard, l'expression morbide qui convient le mieux pour montrer l'appartenance au double registre de malade et de travailleur) est le statut le plus valorisant narcissiquement pour un transplanté, à fortiori pour un Nord-Africain qui doit affronter le racisme, celui en tout cas qui permet d'échapper à la condition de travailleur immigré, tout à la fois loin des siens restés au pays et rejeté par la communauté d'accueil.

Quant aux conduites d'alcoolisation, il nous faut d'abord dire que dans notre expérience du secteur VII, les problèmes posés par l'alcoolisme, et ceci tant en ce qui concerne les français que les étrangers, n'ont jamais été très prégnants. Nous ne pouvons donc que constater qu'il existe plus d'éthylisme en pourcentage chez les étrangers que chez les français dans la file de fonctionnement. Faut-il y voir une manifestation du caractère oral des frustrations ressenties par les immigrants pour qui le départ du pays "maternel" réactualiserait l'angoisse liée à la séparation primitive d'avec la mère ou, au moins en ce qui concerne les Nord-Africains, une tentative désespérée d'intégration par transgression des normes culturelles d'abstinence du pays d'origine ? Nous n'en savons rien et répétons que notre expérience est plus que limitée en ce domaine.

IV - CRITERES SOCIO-ECONOMIQUES :

NOTA : Plusieurs rubriques avaient été prévues pour essayer de cerner le type de population consultante du point de vue socio-économique. Mais il apparut au dépouillement que certaines de ces rubriques, faute d'informations suffisantes,

ne pouvaient pas nous renseigner sur l'ensemble de cette population. Ainsi, le milieu d'origine de la plupart des patients ne nous était pas connu de même que leurs activités sociales autres que professionnelles. Quant au degré d'isolement, critère ajouté pour vérifier ici la théorie durkheimienne de l'anomie comme une des genèses possibles de la maladie mentale, il ne parut pas suffisamment explicite à certains membres de l'équipe qui le jugèrent trop subjectif et il fut, de ce fait, très rarement apprécié.

1) Situation familiale :

A/ Résultats globaux et commentaires :

- Situation maritale :

- . 58,5 % des patients sont mariés ou vivent en concubinage ;
- . 23 % sont célibataires ;
- . 8,9 % sont veufs ou divorcés.

(Le total ne représente pas 100 % car la situation maritale de 9,4 % d'entre eux ne nous était pas connue).

- Enfants : 34,6 % des patients ont un ou plusieurs enfants.

Nous savons que la vie en couple, et à fortiori le mariage, peut être le tombeau de l'individuation tout comme le lieu de l'épanouissement subjectif. Ce qui nous intéressait n'était pas tant l'institution mariage que la possibilité de se confronter à un autre non parental, que cette confrontation s'inscrive dans l'harmonie d'un rapport triangulé (avec le tiers social ou avec les enfants) ou dans la félicité trompeuse d'une relation fusionnelle. En ce sens, les réponses "veuf et divorcé" ont été groupées afin d'apprécier le pourcentage de ceux qui, après avoir vécu cette confrontation, n'ont pas pu tolérer le

bouleversement de cette relation objectale privilégiée et ont alors présenté des troubles psychiques les amenant à la consultation.

Nous avons comparé ces pourcentages avec ceux obtenus pour l'ensemble de la population française à partir de l'âge de 15 ans au 1^{er} janvier 1970, soit 61,4 % de mariés, 26,6 % de célibataires et 12 % de veufs et de divorcés (il ne nous a malheureusement pas été possible de connaître ces pourcentages pour le canton de Vienne-Nord en 1975).

On s'aperçoit alors que les patients de la file de fonctionnement reflètent, en ce qui concerne cette situation maritale, la population générale. Nous pouvons donc dire, en première approximation, qu'il ne semble pas y avoir de lien entre la situation maritale et le fait d'avoir eu recours à l'équipe de secteur.

Le fait d'avoir ou non des enfants paraît important car, d'une part, ils renforcent cette famille nucléaire de base qui reste, quels que soient les discours sur sa mort, le groupe fondamental de la plupart des sociétés et partant un des signes de l'intégration individuelle dans cette société et, d'autre part, ils tendent à modifier la personnalité de leurs parents dans le sens d'un renforcement ou, au contraire, d'une diminution du sens de l'identité personnelle. Mais il ne nous a pas été possible de trouver une population de référence et nous ne saurons donc pas si le pourcentage obtenu est, à cet égard, révélateur.

B/ Rôle de la situation familiale dans les catégories diagnostiques :

- Tableau :

DIAGNOSTICS	MARIE OU CONCUBIN	VEUF OU DIVORCE	CELIBAT.	N.S.P	ENFANTS
PSYCHOSES 68	38 (55,9 %)	6 (8,8%)	18 (26,5%)	6	25 (36,8%)
ETATS LIMITES 18	7 (38,9%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	1	3 (16,7%)
NEVROSES 32	25 (78,1%)		6 (12,5%)	1	13 (40,6%)
ETATS DEPRESSIFS 60	38 (63,3%)	8 (13,3%)	9 (15 %)	5	24 (40 %)
ETHYLISME 25	16 (64%)	2 (8 %)	5 (20 %)	2	10 (40 %)
DIVERS 31	13 (41,9%)	2 (6,4 %)	9 (29 %)	7	6 (19,3%)
T O T A L 234	137 (58,5%)	21 (8,9 %)	54 (23 %)	22 (9,4 %)	81 (34,6%)

- Résultats et commentaires :

. Situation maritale : en comparant chaque catégorie diagnostique avec l'ensemble des autres et en appliquant le test de CHI^2 nous avons trouvé une corrélation significative entre la situation maritale et le diagnostic pour deux de ces catégories :

- . les états limites se rencontrent plus fréquemment chez les sujets non mariés (avec une probabilité qu'il

s'agisse d'un fait de hasard inférieur à 0,05).

- . les névroses sont plus fréquentes chez les patients mariés (avec p inférieure à 0,05 également).

On ne peut guère être étonné du plus grand nombre d'états-limites diagnostiqués chez les célibataires, les veufs et les divorcés. Nous savons que les psychopathes que nous rappelons avoir associés aux états-limites, ont une grande difficulté d'abord à trouver, ensuite à conserver un(e) partenaire qui ne sera jamais que le mirage de la mère comblante qu'ils y avaient projeté et que, d'autre part, la décompensation d'un état-limite peut se faire jour lors d'un "deuxième traumatisme désorganisateur" (Bergeret) qui vient rompre la relation anaclitique à l'objet, le divorce ou la mort du conjoint étant à cet égard des traumatismes de choix.

Mais que les névroses soient plus fréquentes chez les patients mariés paraît plus surprenant. Encore qu'il ne faille pas oublier que la névrose, si elle est coûteuse pour le moi, est un signe d'adaptabilité par rapport au risque d'éclatement du moi au même titre que le mariage peut l'être dans une société qui le prône si ouvertement. Ainsi pourrait-on éclairer par la même démarche adaptative cette rencontre d'un compromis interne inconscient (la névrose) et d'un compromis externe conscient (le mariage).

Ce qui nous a cependant le plus étonné, par rapport à notre impression clinique, est le fait qu'il n'y ait pas de lien entre la situation maritale et le diagnostic de psychose. Ainsi, l'image du psychotique désocialisé, vivant seul ou dans le milieu parental que nous nous étions

forgée doit-elle être révisée au regard des chiffres.

. Enfants : nous n'avons pas trouvé avec le test de CHI^2 de corrélation significative entre le fait d'avoir ou non des enfants et l'une quelconque des catégories diagnostiques.

2) Situation socio-professionnelle :

NOTA : on ne pourra malheureusement pas tirer de conclusions rigoureuses de cette rubrique car la réponse "NSP" occupe une place importante (69 consultants soit 29,5%).

A/ Résultats globaux et commentaires :

- Population active : 115 soit 49,1 %
 - . dont catégories professionnelles défavorisées (manoeuvres, OS, salariés agricoles, employés de maison ...) : 62, soit 53,9 % ;
 - . catégories professionnelles moyennes (ouvriers qualifiés, contremaîtres, exploitants agricoles, enseignants, artisans, secrétaires.. 53, soit 46,1 % ;
 - . catégories aisées (professions libérales, cadres, patronat ...) : 0.
- Sans profession : 50; soit 21,4 %
 - . dont 37 femmes (environ 1/3 de l'ensemble des femmes) ;
 - . dont 13 hommes (10,5 % de l'ensemble des hommes).

On peut d'emblée remarquer que pas un seul

consultant ne figure dans la catégorie socio-professionnelle dite aisée. Si la psychiatrie publique se fait plus "libérale" d'être passée de l'asile au secteur, il reste qu'elle fait toujours aussi peur au bourgeois pour qui il est certes bien réconfortant de confondre monde de la folie et monde des pauvres, comme aux plus beaux temps de "l'hôpital général" (1), et par là, de s'en exclure.

Ce n'est cependant pas non plus une "psychiatrie des nécessiteux" bien que les problèmes socio-économiques interfèrent parfois de façon aigue dans l'appréciation du mode de prise en charge de tel ou tel patient, en particulier, en ce qui concerne les 54 % de patients appartenant aux catégories professionnelles défavorisées. Si nous nous efforçons en effet de faire apparaître ces problèmes, dans le discours, comme réellement pathogéniques, si parfois nous leur apportons un début de solution grâce à l'assistante sociale le plus souvent, nous n'intervenons pas directement, refusant de faire le chemin pour les gens, à leur place.

Quant aux personnes sans profession, on ne peut évidemment pas savoir si la maladie mentale intervient comme cause ou comme conséquence dans ce cas. Remarquons cependant le pourcentage important de femmes sans profession, vouées pour la plupart à des tâches exclusivement ménagères et aux soins des enfants, et qui nous semblent souffrir d'un manque de communication dramatique, probablement pas étranger à leur pathologie mentale du moment.

Enfin, à titre de comparaison, ayant seulement une valeur indicative puisque nos résultats sont incomplets, on peut signaler que les personnes actives représentent 58,8 % de la population du canton de Vienne-Nord prise à

(1) FOUCAULT : Histoire de la folie.

partir de l'âge de 15 ans.

B/ Rôle de la situation socio-professionnelle dans les catégories diagnostiques :

- Tableau :

DIAGNOSTIC	MODESTES DEFAVORISEES	MOYENNES	AISE	SANS PROF. M : F	NSP
PSYCHOSES 68	21 (30,9 %)	12 (17,6 %)		4 : 16 (5,9) : (23,5)	15 22,1
ETATS LIMITES PSYCHOPATHES 18	7 (38,9 %)	3 (16,7 %)		3 : 2 (16,7 : 11,1)	3 16,7
NEVROSES 32	8 (25 %)	4 (12,5 %)		1 : 6 3,1% : 18,8	13 40,6
ETATS DEPRESSIFS 60	14 (23,3 %)	21 (35 %)		1 : 5 1,7% : 8,3	19 31,7
ETHYLISME 25	6 (24 %)	11 (44 %)		2 : 8 %	6 24%
DIVERS 31	6	2		2 : 8	13
T O T A L 234	62 (53,9 %)	53 (46,1 %)	0	13 : 37 50 (21,4 %)	69 22,5

- Commentaires :

En appliquant le test de CHI^2 , nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre la situation

socio-professionnelle et l'une quelconque des catégories diagnostiques.

Cependant, là encore, notre impression clinique qui voyait la plupart des femmes sans profession exprimer leur souffrance sur un mode dépressif doit être révisé en regard des chiffres qui montrent qu'il s'agit surtout de femmes psychotiques.

3) Conditions de logement :

Avant-propos : "le secteur est un nombre indexé sur la surface sociale d'inscription qu'est le logement. Le logement est un élément constitutif de l'identité sociale, une condition nécessaire à l'obtention des droits du citoyen..."(1).

NOTA : de même que pour la situation professionnelle, le pourcentage de réponses NSP étant très important (42,3 %) l'interprétation des résultats ne pourra qu'être approximative.

A/ Résultats globaux et commentaires :

- Personnes habitant un logement collectif :

91, soit 38,9 %, dont :

- . 61 (67 %) d'habitabilité moyenne,
- . 21 (23,1 %) d'habitabilité médiocre,
- . 7 (7,7 %) habitant un logement confortable,
- . 2 (2,2 %) habitant un taudis.

- Personnes habitant un logement individuel :

44, soit 18,8 %, dont :

- . 17 (38,6 %) d'habitabilité moyenne,

(1) in RECHERCHES n° 17 - mars 1975 - histoire de la psychiatrie de secteur.

- . 15 (34,1 %) d'habitabilité confortable,
- . 12 (27,3 %) d'habitabilité médiocre.

Les patients habitant un logement collectif sont donc plus du double des patients habitant un logement individuel, alors que pour l'INSEE, en 1971, le pourcentage national des ménages (qui peuvent se réduire à une seule personne pour les statisticiens) habitant un logement individuel est de 51 %. Avant d'en inférer un quelconque paupérisme des patients du secteur VII, il faut tenir compte de leur lieu d'habitation. En effet, les réponses s'inversent si on considère les utilisateurs du CMP de Vienne (50 % habitent un logement collectif, 10,5 % un logement individuel) avec ceux du CMP de Saint-Quentin Fallavier (9,7 % en logement collectif, 41,9 % en logement individuel). Ainsi, apparaît au niveau du secteur VII la division ville-campagne avec, pour cette dernière, un habitat individuel dispersé mais une plus grande cohésion du groupe social alors que l'habitat collectif de la ville ne favorise pas, comme il a été dit maintes fois, les échanges humains.

B/ Rôle du logement dans les catégories diagnostiques :

- Tableau : (cf. p36)

- Commentaires :

Le test de CHI^2 ne nous a montré aucune corrélation entre le mode de logement et le diagnostic.

+ + + + +

DIAGNOSTICS	LOGEMENTS														
	COLLECTIFS					INDIVIDUELS					N.S.P.				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
PSYCHOSES 68		3	21	9			6	3	4		22				
ETATS LIMITES 18			2	3					2		11				
NEVROSES 32			5	4	1		3	2	3		14				
ETATS DEPRESSIFS 60		2	15	4	1		3	8	1		26				
ETHYLISME 25			10					1	1		13				
DIVERS 31		2	8	1			3	3	1		13				
T O T A L 234		7	61	21	2		15	17	12		99				
		91	(38,9 %)				44	(18,8 %)			(42,3 %)				

Au terme de l'analyse de ces critères socio-économiques nous pouvons essayer de définir le profil de la population fréquentant l'institution sectorielle :

Il s'agit d'une population relativement jeune (76,9 % ont moins de 50 ans), à proportion d'hommes et de femmes sensiblement égale et où les personnes d'origine étrangère occupent une place importante (1/3). 58,5 % des personnes sont mariées ou vivent en concubinage et 34,6 % ont des enfants. 22,7 % occupent une position moyenne dans l'échelle sociale alors que 26,5 % ont un métier plutôt modeste et que 21,4 % sont sans emploi (dont 14,5 % de femmes). Ces personnes habitent essentiellement dans des logements de type collectif (38,9 % contre 18,8 % pour les logements individuels et 42,3 % de NSP), au moins pour celles habitant en ville, et dans des conditions d'habitabilité moyenne.

+ + + + +

V - ANTECEDENTS :

Par antécédents, nous entendons hospitalisations en milieu psychiatrique avant janvier 1974, date du début du fonctionnement sectoriel. Dans la plupart des cas, cette hospitalisation a eu lieu à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Grenoble). Du fait du découpage géographique, certaines personnes ont dû brutalement changer à la fois de thérapeute et de mode de prise en charge en passant d'un fonctionnement hospitalier à un fonctionnement extra-hospitalier. On trouve ainsi 101 personnes sur 234 qui ont eu des antécédents d'hospitalisation psychiatrique, soit 43,2 %. La plupart étaient des malades présentant des troubles psychiques graves, pour lesquels une prise en charge continue semblait souhaitable. Néanmoins, 1/3 environ (37 / 101) ont cessé d'être suivis, soit qu'ils aient cessé d'eux-mêmes de venir, soit que l'arrêt de la prise en charge ait été concerté. Peut-être cette coupure leur aura-t-elle finalement été bénéfique ? Peut-être auraient-ils évolué de la même façon s'ils n'avaient pas dû changer à la fois de thérapeute et d'institution ? Nous n'en savons rien mais devons cependant constater que sur les 99 personnes toujours suivies au 30 juin 1976, 64 ont des antécédents d'hospitalisation psychiatrique, soit les 2/3 environ.

Ce que nous voulons essayer de montrer, c'est que , pendant ces deux ans et demi de fonctionnement, l'équipe a dû prendre en charge environ pour moitié des personnes qui consultaient pour la première fois en psychiatrie et pour l'autre moitié, des personnes déjà hospitalisées et suivies antérieurement. Or, actuellement, ces "cas anciens" constituent les 2/3 des personnes encore suivies. Il semble donc que si le secteur paraît relativement

impuissant à favoriser l'autonomisation des personnes prises en charge de longue date, du moins ne favorise-t-il pas un surcroît de chronicisation.

VI - CIRCUITS D'ENTREE :

La prise en charge extra-hospitalière a pu se faire soit directement, sans hospitalisation préalable, soit après une hospitalisation dans le service de psychiatrie ou dans les autres services de l'hôpital de Vienne. La prise en charge extra-hospitalière constitue dans ces deux dernières éventualités ce que l'on peut appeler une "post-cure".

Le tableau "circuit d'entrée" précise ces deux modes de venue sur le secteur et la manière dont ils se sont effectués. En effet, qu'elles soient venues directement ou qu'elles aient transité par l'hôpital, ces personnes sont :

- soit venues d'elles-mêmes, parfois sur les conseils de leur famille ou d'une connaissance ;
- soit elles ont été envoyées par un médecin généraliste ;
- soit par l'assistante sociale polyvalente ;
- soit par les instances juridiques ou administratives ;
- soit, enfin, par d'autres établissements d'hospitalisation.

En outre, certaines personnes bénéficiaient déjà d'une prise en charge extra-hospitalière avant janvier 1974 et ont continué à être suivies lors de l'individualisation du secteur VII.

- Commentaire du résultat :

177 personnes sur 234 de la file de fonctionnement sont venues directement aux CMP ou ont consulté directement un membre de l'équipe alors que 57 seulement (54 dans le service de psychiatrie et 3 dans les autres services), soit 1/4, ont d'abord été hospitalisés avant d'être dirigés vers le secteur. Ce fait est assez surprenant si on considère qu'un des reproches fait au secteur est d'être hospitalo-centrique et que, pour la plupart des secteurs, l'activité de post-cure est de loin l'activité la plus importante. Peut-être faut-il voir là une conséquence de "l'implantation préalable" (BONNAFE) de l'équipe de secteur avant l'ouverture du service d'hospitalisation. Cependant, l'implantation d'une équipe psychiatrique n'a pas donné lieu, du moins à Vienne, à une information très importante alors que le service de psychiatrie a été très vite repéré tant par la population que par les intervenants médico-sociaux. Comment donc expliquer que la plupart des malades pris en charge par l'équipe extra-hospitalière ne soient pas venus par l'intermédiaire de l'hôpital ?

Il nous faut donc regarder la manière dont ces gens consultant directement sont venus :

- un peu plus du tiers (36,1 %) ont été adressés par les intervenants médico-sociaux, qu'on peut appeler des médiateurs, dont 26,5 % pour les seuls généralistes, 10 personnes par l'assistante sociale polyvalente, 6 personnes par le juge ou la DASS et une personne seulement par un psychiatre privé ;
- 17,5 % par des établissements d'hospitalisation ;
- 11,9 % étaient déjà pris en charge par des intervenants psychiatriques extra-hospitaliers ;
- 14,1 % sont venus d'eux-mêmes ;

- Enfin, pour 20,3 % d'entre eux il n'a pas été possible de savoir de quelle manière ils étaient venus.

On voit donc que malgré la pauvreté de l'information initiale les médiateurs ont appris à connaître l'existence d'une psychiatrie "hors les murs" et en particulier les généralistes alors que l'information de bouche à oreille ne semble pas avoir bien circulée.

On est surpris par contre du pourcentage élevé d'établissements envoyant directement leurs malades à l'équipe de secteur. En fait, il s'agit d'un mouvement de malades en provenance essentiellement de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève qui a envoyé, surtout au début, des malades "stabilisés" à l'équipe de secteur, appliquant ainsi le découpage géographique.

Ces malades auraient pu être englobés dans l'activité de post-cure mais, outre qu'ils ne proviennent pas tous d'un hôpital psychiatrique, les relations entre les soignants de Saint-Egrève et ceux du secteur VII, pour concertées qu'elles soient, n'étaient et ne sont pas telles que l'on puisse parler d'une continuité dans la prise en charge (en particulier l'équipe du secteur VII n'a pas pu nouer de relations préalables avec ces malades comme c'est souvent le cas lorsque des malades sont hospitalisés pour la première fois dans le service).

VII - MODE DE PRISE EN CHARGE :

1/ Explication des rubriques utilisées
(voir modèle de fiche en annexe) :

Cette prise en charge par l'équipe du secteur VII s'est faite essentiellement en extra-hospitalier par l'intermédiaire d'une seule personne (médecin, infirmier(e), psychologue, assistante sociale) ou de plusieurs personnes. Il s'agit alors soit de consultations ou d'entretiens (remarquons que le terme de "consultation" est réservé au seul médecin, les autres catégories de personnel faisant des "entretiens". Où le pouvoir médical va-t-il se nicher ?) parfois uniques et parfois répétés (rythme) soit de visites à domicile (VAD).

Le médecin a pu prescrire des arrêts de travail (AT) ou une mise en invalidité alors que l'infirmier(e) a pu faire des injections (acte M) et l'assistante sociale des interventions sociales (IS). Cependant, ces dernières rubriques ne seront pas prises en compte, les résultats en étant trop fragmentaires.

Pendant la période de fonctionnement envisagée, certains patients ont pu être hospitalisés une ou plusieurs fois dans différents établissements (Ets) essentiellement dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Vienne et parfois dans les autres services de cet hôpital mais aussi à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève, à l'hôpital Edouard Herriot du CHU de Lyon ou même dans une clinique psychiatrique privée.

Le placement en maison de repos ou d'autres types de placement (maison de retraite, service de post-

cure ou de cure de désintoxication alcoolique ...) étant exceptionnel, il ne sera pas tenu compte de ces rubriques.

Quant à la rubrique "orientation" elle devait définir l'orientation préférentielle chimio ou psychothérapique dans la prise en charge du patient avec possibilité de répondre "orientation mixte". Précisons que par orientation psychothérapique nous entendons toute position technique dans le champ psychiatrique dès lors que son / ses opérateur cherche à dépasser les apparences, le symptôme offert, pour s'interroger avec le patient sur le pourquoi.

Enfin, la rubrique "thérapeute privilégié" cherchera à discerner de par sa fonction le soignant qui compte ou qui a compté le plus pour le malade, le support de ses identifications en quelque sorte.

2/ Intervenants :

<u>Intervenants</u>	<u>Nombre de patients</u>	<u>Pourcentage</u>
Médecin seul	89	38 %
Psychologue seule	8	3,4 %
Infirmier(e) seul	2	0,85 %
Assistante sociale seule	6	2,6 %
Médecin-infirmier(e)	42	17,9 %
Médecin-psychologue	24	10,3 %
Médecin- assistante soc.	16	6,8 %
Psychologue-infirmier(e)	1	0,5 %
Psychologue-assistante soc.	3	1,3 %
Infirmier(e)-assist. soc.	2	0,85 %
Médecin-infir. Psychologue	19	8,1 %
Médecin-Inf. Assist. soc.	12	5,1 %
Médecin-psychol.-assist. s.	3	1,3 %
Méd. Inf. Psycho. A. S.	4	1,7 %
Courrier	3	1,3 %
TOTAL	234	100

- Nombre total de patients vus par chaque intervenant :

Médecin :	209	89,3 %
Psychologue :	62	26,5 %
Infirmier(e)s :	82	35 %
As. Sociale :	42	17,9 %

Le médecin reste donc le principal animateur mais il délègue largement ses pouvoirs et l'éventail des combinaisons de rôles soignants reste très ouvert, l'intervention conjointe médecin-infirmier(e) étant la plus fréquente. Il faut préciser que dans les 89 cas où le médecin est intervenu seul, il s'est agi le plus souvent de patients vus une seule fois. Encore faut-il distinguer entre le CMP de Saint-Quentin où la prise en charge est d'emblée plus collective et où le médecin n'est intervenu seul que pour 25,8 % des consultants de ce CMP, et le CMP de Vienne où il est intervenu seul pour 43 % des patients.

On reste surpris du petit nombre de patients pour lesquels il y a eu mobilisation de tous les rôles soignants, alors que nous avons l'impression dans l'agitation parfois fusionnelle des membres de l'équipe que cette situation se répétait souvent. Agitation fusionnelle ne signifie pas cependant confusion des rôles car nous croyons à la suite de RACAMIER qu'il y a danger à fonctionner dans la confusion des rôles, ce qui ne fait qu'accroître la confusion du malade. Ici, les rôles soignants (qui sont aussi des fonctions sociales, qu'on le veuille ou non) sont spécifiés d'emblée au malade qui pourra, pensons-nous, investir plus facilement par la suite la personne propre dont il aura connu auparavant l'habillage social.

3/Pourcentage de patients non suivis au 30 juin 1976 et nombre d'interventions à leur sujet :

Nous avons pu établir que sur les 234 personnes de la file de fonctionnement, 135 ne sont plus suivies, soit 57,7 % ce qui tendrait à montrer, comme nous l'avons déjà signalé à propos des commentaires de la rubrique "antécédents", que le secteur ne favorise pas la chronicisation dans une relation dite soignante interminable.

Si on cherche à connaître le nombre d'interventions (consultations et/ou VAD) pour chaque patient, on s'aperçoit que pour 7 personnes / 234 (3 %) il n'y a eu ni consultation ni VAD. L'équipe est alors intervenue à leur sujet sans qu'ils soient vus personnellement et il y a eu constitution d'un dossier d'attente. Pour 65 personnes (27,8 %), il y a eu une seule intervention, pour 20 personnes (8,5 %) 2 interventions, pour 17 personnes (7,3 %) 3 interventions, enfin pour 26 (11,1 %) il y a eu extinction de la prise en charge après plus de 3 interventions.

Ainsi, plus du quart des patients n'ont été vus qu'une seule fois. Il s'agit alors le plus souvent d'une consultation par le médecin avec participation ou non d'un autre membre de l'équipe. Cette "thérapie brève" a pu parfois constituer un mode de réponse adéquat au surgissement d'une angoisse momentanée mais, le plus souvent, ce sont les consultants qui, conviés à revenir, ne sont d'eux mêmes pas revenus, n'ayant pu trouver ici de réponse satisfaisante à leur demande manifeste et/ou latente.

4/ Hospitalisation :

59 personnes de la file de fonctionnement ont

été hospitalisées une ou plusieurs fois soit environ un quart se répartissant en 6 personnes hospitalisées dans un service de médecine (Hôpital Edouard Herriot ou Vienne), 4 personnes à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève, une personne en clinique psychiatrique privée, enfin 48 personnes dans le service, soit 20 %.

On doit d'abord constater le nombre très faible de personnes qui ont été adressées pendant leur prise en charge par l'équipe de secteur à la structure d'hospitalisation lourde: l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève. Cette hospitalisation n'a pu être envisagée que du fait d'un manque de place généralisé à l'hôpital de Vienne (éventualité extrêmement rare s'agissant de tout l'hôpital mais fréquente pour le service) et alors qu'une hospitalisation d'urgence s'imposait ou du fait d'une demande de placement d'office de la part d'une autorité locale sans que l'équipe de secteur soit consultée.

Quant aux 20 % de consultants hospitalisés dans le service à un moment de leur prise en charge, ils appellent quelques remarques : il semble que l'un des objectifs de la politique de secteur qui est déviter les hospitalisations ait été atteint. Cependant, cet objectif n'a jamais été une préoccupation majeure de l'équipe du secteur VII. En effet, le service n'a jamais eu la connotation ségrégratrice propre aux vieux asiles et si un malade avait besoin temporairement d'un milieu de vie protégé, on l'hospitalisait sans arrière pensée. Toutes les catégories diagnostiques sont d'ailleurs représentées dans ces 20 % ce qui tendrait à montrer que le critère d'hospitalisation n'est pas lié à telle ou telle forme de pathologie mentale, plus ou moins inquiétante pour le groupe social. Mais, s'il n'y a pas compétition entre l'équipe du secteur VII et l'

équipe hospitalière, il existe cependant une coupure attestée par le fait que 30 % seulement des malades hospitalisés habitant le secteur VII ont été suivis par l'équipe de secteur alors que l'activité de post-cure, comme nous l'avons déjà dit, ne représente que le quart de l'activité globale de l'équipe de secteur.

Ainsi, contrairement aux conclusions de MARSOT pour le secteur VI, nous ne pensons pas que le secteur VII puisse être considéré comme le prolongement de l'hospitalisation, mais qu'il s'agit plutôt de deux modes de prises en charge, pouvant éventuellement s'adresser aux mêmes personnes, mais qui le plus souvent s'excluent.

5/ Orientation :

Cette rubrique n'a souvent pas été remplie et ne pourra donc pas être chiffrée. On peut invoquer la méconnaissance de certains patients par l'équipe actuelle mais il faut aussi rapprocher cette carence du manque fréquent de perspectives qui reflète, tout autant que l'interrogation posée par la maladie mentale, l'absence de projet thérapeutique. "J'ai été frappé par l'aspect au coup par coup" disait un élève stagiaire infirmier. Absence de projet thérapeutique par manque d'élaboration théorique souvent, mais aussi du fait du malaise qui existe face aux inter-relation entre des conceptions psychanalytiques et des approches sociologiques, ethnologiques, économico-politiques et pharmacologiques. Dans un article intitulé "Neuroleptiques et Psychothérapies" GUYOTAT ne dit-il pas : (1) "En fait, il s'agit là d'un phénomène que nous ne savons pas très bien cerner. Je crois que nous bricolons un peu - au sens lévi-straussien du terme - on utilise des bouts d'

(1) in Confrontations Psychiatriques n° 13 - 1975

d'organisation qui appartiennent à des systèmes explicatifs étrangers les uns aux autres, on les assemble et "ça marche" plus ou moins bien : tantôt le système médical, tantôt le système relationnel, le plus souvent les deux, dans des proportions variables, au petit bonheur la chance".

6/ Thérapeute privilégié :

Cette notion suppose la possibilité d'une confrontation de plusieurs soignants avec le malade, avec choix réciproque malade-soignant par la suite. Ainsi, pour certaines personnes qui ne sont venues qu'une seule fois où pour d'autres dont la relation avec les différentes personnes de l'équipe fut assez superficielle, cette notion ne se justifie pas. Par contre, pour d'autres personnes, deux ou même trois soignants ont pu être, simultanément ou à tour de rôle, des thérapeutes privilégiés.

Ainsi précisé, 136 patients (58,1 %) ont eu un ou plusieurs thérapeutes privilégiés. Le médecin fut ce thérapeute, seul ou avec d'autres, pour 86 d'entre eux (63,2 %) l'infirmier(e) pour 39 (28,7 %), la psychologue pour 33 (24,3 %) enfin, l'assistante sociale pour 14 (10,3 %).

Donc, pour environ 60 % des personnes prises en charge il n'y a pas eu seulement une simple consultation de type médical sanctionnée par une prescription hygiéno-médicamenteuse mais il s'est instauré une véritable relation soignant-soigné. Comme nous l'avons déjà dit, c'est en pleine connaissance des rôles soignants préalables que cette relation interpersonnelle a pu exister. Mais il est bien difficile de savoir quelle part revient au rôle et quelle part revient à la personne propre dans l'instauration et le maintien de cette relation, d'autant que ces rôles ont été tenus par plusieurs personnes, soit

chronologiquement pour le médecin, la psychologue et l'assistante sociale, soit simultanément et chronologiquement pour les infirmier(e)s.

En fait, cette relation se déroule en deux temps : le premier temps, temps d'instauration, dépend effectivement de la fonction ou du statut que le groupe social, et partant les consultants, assigne à chaque soignant. Ainsi, schématiquement, le médecin est investi d'un double pouvoir social (possibilité de faire des expertises, des arrêts de travail, des mises en invalidité ... et thérapeutique, pouvoir thérapeutique qui peut être lui-même subdivisé en un pouvoir thérapeutique réel et en un pouvoir thérapeutique "magique", analogue à celui prêté au sorcier . La psychologue, quant à elle, n'est pas souvent reconnue comme détentrice d'un quelconque pouvoir ou savoir. On ne la connaît pas ou bien on la connaît comme "testrice". L'assistante sociale est investie d'un indéniable pouvoir social mais on lui dénie tout pouvoir thérapeutique. Quant à l'infirmier(e), il n'est souvent conçu que comme un exécutant, ne possédant pas de pouvoir en propre.

Le deuxième temps relationnel est celui de la personnalisation de la relation, une fois les rôles dits et dépassés. Ce deuxième temps ne peut exister que s'il est admis que chaque soignant, quelle que soit sa fonction, possède des capacités thérapeutiques réelles qui doivent être exploitées dans le cadre d'un travail en équipe.

La notion du thérapeute privilégié se réfère à ce deuxième temps relationnel. Les résultats obtenus montrent que, quelle que soit sa fonction, chaque soignant de l'équipe du secteur VII a pu, à un moment donné, être le

principal thérapeute pour un malade donné. Certes, le médecin demeure, le plus souvent, ce thérapeute privilégié si on s'en tient à ces chiffres, mais si on les compare avec le nombre total de patients pour chaque intervenant, on s'aperçoit que c'est avec la psychologue que la prise en charge d'un patient a le plus souvent évolué vers une relation privilégiée, ensuite avec les infirmier(e)s, en troisième lieu seulement avec le médecin, enfin, avec l'assistante sociale.

+ + + + +

Dans cette première partie, nous nous sommes servis de résultats chiffrés d'une part pour exprimer des résultats statistiques à prétention d'exactitude (mais DISRAELI ne disait-il pas que la statistique était la forme supérieure du mensonge ?), d'autre part pour exprimer des points de vue parfois éloignés des résultats obtenus. Ce qui comptait en fait était de montrer, par l'analyse socio-économique de la population consultante, l'inscription dans le social des problèmes présentés à l'équipe et ensuite d'essayer de montrer, à partir des chiffres, la spécificité du fonctionnement du secteur VII par rapport à l'asile et par rapport à d'autres secteurs. Mais les chiffres restent impuissants à nous faire comprendre le vécu de l'équipe soignante actuelle, donnée essentielle pour tenter de cerner le fonctionnement sectoriel, et c'est cette lacune que nous allons essayer de combler par la deuxième partie de ce travail.

+ + + + +

DEUXIEME PARTIE :

ANALYSE DE CONTENU DES RUBRIQUES

PERSPECTIVES ET OBSERVATIONS

Avertissement : nous ne retiendrons pas ici tous les principes de l'analyse de contenu en tant que science constituée à laquelle nous ne sommes pas familiarisé, mais nous nous servirons de certains de ses concepts pour éclairer notre sujet.

- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

Il s'agit, à partir du matériel exprimé d'une part, d'essayer de comprendre comment certains problèmes de fonctionnement ont été ou sont abordés et éventuellement résolus par l'équipe du secteur VII, et d'autre part, d'essayer de mettre à jour les tendances, l'idéologie de cette équipe.

- METHODOLOGIE :

1) Constitution d'un "corpus" :

Les diverses opinions exprimées, tant dans les rubriques "Perspectives" que dans les rubriques "Observations" sont fondues en un tout excluant la référence à l'un quelconque des soignants ou des soignés.

2) Décomposition du matériel en ses éléments constitutifs (items) :

On recherchera des "mots clés" (mots totems) qui se retrouvent avec une grande fréquence et on essayera de dégager des thèmes.

3) Regroupement des unités (items) en catégories :

C'est cette dernière partie du travail qui apparaîtra dans l'exposé des résultats.

NOTA : Il ne sera pas fait d'analyse de fréquence, ce mode d'approche du fonctionnement étant réservé à la première partie du travail.

+ + + + +

I - LES MODALITES DE SOINS :

a) Les consultations :

L'accent est mis surtout sur l'orientation psychothérapique :

"Psychothérapie de soutien"

"Psychothérapie stricte d'inspiration analytique"

"Introduction d'une dimension psychothérapique"

"Prise en charge de type psychothérapie brève pour permettre la verbalisation d'un certain nombre de problèmes et par là, de se situer un

peu mieux. Utiliser sans plus le transfert positif de type identificatoire à mon égard"

avec ses limites,

"la difficulté de verbalisation et de l'intériorisation des problèmes est un grand obstacle à la prise en charge"

" Psychothérapie impossible avec moi : extinction de la post-cure"

et la réactivation de l'angoisse qu'elle peut entraîner tant pour le patient que pour ses proches avec les risques d'abandon du thérapeute trop zélé et qui ne maîtrise peut-être pas suffisamment la relation.

"Vient de se faire hospitaliser dans le privé alors qu'une relation psychothérapique s'était instaurée"

"Continuer la psychothérapie si le mari ne l'adresse pas à un autre médecin"

"Agressivité croissante du mari depuis que la prise en charge psychothérapique s'est accentuée. Veut enfin trouver quelqu'un qui puisse la guérir. Aux dernières nouvelles, il l'avait mise dans une clinique psychiatrique de Lyon".

La chimiothérapie (pourtant largement utilisée dans la réalité quotidienne) fait figure de parent pauvre. Ce n'est qu'un support à l'action soignante ou bien, elle est réservée, avec une nuance péjorative, au médecin.

"Support chimiothérapique"

"Prise en charge sur un mode chimiothérapique, Médicalisation"

"Médicalisation du type chimiothérapique"

L'articulation entre psychothérapie et chimiothérapie, l'une cherchant la "vérité" et la modification à long terme d'une personnalité fragile, l'autre l'efficacité immédiate, n'est évoquée que par un signe + et par une succession au bénéfice de la psychothérapie.

"Psychothérapie + chimiothérapie"

"Prise en charge axée essentiellement sur un modèle d'inspiration analytique après avoir tenté une orientation chimiothérapique".

b) Les visites à domicile (VAD) :

Le sigle VAD est en lui-même un mot-totem, un mot-clé. On le retrouve avec une grande fréquence et parfois seul, sans autres explications : "VAD". La VAD est valorisée comme solution magique en ce sens qu'elle permettrait de réduire la folie par la seule présence dans son lieu d'émergence, en fait de se garder de l'autre en allant exorciser les démons qu'il a sécrété dans son cocon-domicile. Savoir qu'on a fait des VAD et qu'on va continuer à en faire suffit. Un complément d'explication paraît superflu.

"Suite des VAD"

Parfois, cependant, la VAD est associée à une autre possibilité ;

"Continuer VAD et Centre Social Heyrieux"

parfois, elle peut être l'amorce d'autre chose.

"Prise en charge initiale, VAD, consultations, médicaments. Cafouillage. On cesse les VAD. Puis relation psychothérapique avec le médecin seul".

Mais à quoi servent les VAD ?

"Lors de la dernière VAD, on avait seulement dit qu'on était toujours là"

La VAD, c'est "être là", là où "ça" se joue, et aussi aller sur place, sortir des murs, être parfois l'obligé du malade (invitation) qui récupère par là une partie de sa puissance perdue mais c'est aussi porter un regard sur les choses, les gens qui entourent le malade, être voyeur en quelque sorte, et pour le médecin, aller à l'encontre du serment d'Hippocrate : "Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe", en ouvrant les yeux plutôt que de les fermer.

Ce peut être également une façon de résoudre les problèmes sociaux, le manque de communication, mais aussi d'exercer un contrôle sur la population.

"A été vue en VAD toutes les semaines car elle posait de gros problèmes sociaux et de relations, notamment avec l'instituteur de son fils. Puis en a eu assez d'être peut-être contrôlée et nous l'a dit"

(à noter que le terme "contrôlée" appelle le correctif peut-être).

Enfin, ce peut être une solution d'urgence

"Une VAD à un moment aigu"

"Une VAD faite par médecin et infirmière à la demande urgente de l'assistante sociale de circonscription : délire centré sur le voisinage ou voisinage intolérant ? Traitement neuroleptique et rendez-vous dix jours après. Pas d'autres nouvelles"

En cette occasion, l'intervention de l'équipe s'est faite à la suite du signalement d'un médiateur, ce qui peut paraître quelque peu policier mais a peut être permis de dénouer une situation explosive. Par contre si la personne qui demande une intervention n'est pas un intervenant médico-social mais un membre de l'entourage du désigné malade, les soignants cherchent avant tout à connaître la personne demandante.

"Aucun membre de l'équipe n'a vu le malade que sa mère signale comme dangereux, mais toute l'équipe s'est déplacée pour voir la mère".

c) Prise en compte de la famille, de l'environnement, du "complexe malade" :

La famille est souvent présente dans le discours des soignants non comme référent analytique (comme lieu où s'origine le psychisme des patients) mais comme terrain d'action soignante privilégié soit pour favoriser sa propre capacité soignante, soit pour augmenter sa tolérance vis à vis de tel ou tel patient, soit enfin parce que le désigné malade fait partie d'un ensemble lui-même morbide.

"Monsieur L. est un membre du complexe familial A/L. Pas de relation univialisée. On est présent à lui surtout par l'intermédiaire de sa femme. Evolution très positive de Mme L. depuis plusieurs mois qui a pu notamment s'éloigner de ses parents et trouver un appartement éloigné. Par contre coup, elle devient l'interlocuteur privilégié par rapport au reste de la famille. Problème permanent au niveau du complexe familial : il faut nécessairement qu'un membre soit nommé comme malade, actuellement la mère, voire le père".

Ces "familles pathologiques" sont d'ailleurs connues à Vienne d'une fraction importante de la population,

"Le mari est d'une famille très connue sur Vienne pour des passages à l'acte"

car l'expression "folle" ne peut pas, dans une petite ville, se diluer dans l'anonymat.

La famille peut être utilisée comme outil thérapeutique sans qu'on sache d'ailleurs toujours très bien s'en servir

"Limiter les hospitalisations en jouant sur l'équilibre de la famille"

"Jouer ? mais comment ? sur le complexe familial pour lui faire acquérir autonomie et existence"

"Rôle du mari, maître absolu ? L'état dépend beaucoup de la dynamique familiale"

Parfois on cherche simplement à augmenter la tolérance familiale en face de tel ou tel malade ;

"Améliorer le niveau de tolérance familiale"

"On propose des changements de traitement pour augmenter la tolérance familiale"

Parfois, enfin, la famille est considérée comme aliénante et les soignants s'efforcent de sortir le patient de son cadre familial. En effet "beaucoup de psychoses apparaissent non quand il y a rupture des liens familiaux ou tribaux internes mais au contraire, là où la rigidité anormale de ces liens présociaux empêche l'individu de se libérer de la loi de son cercle familial ou de son

groupe restreint, resté étranger à la collectivité locale"(1).

"Aider Monsieur Th. à se libérer de l'emprise familiale (maternelle), tâche difficile car son ambivalence reste entière"

"Placement dans un milieu de soins non psychiatrique pour évaluer ses possibilités d'investissement hors du milieu familial aliénant"

"Prise en charge de type foyer pour échapper à la tutelle paternelle"

Souvent, la famille (et nous ajouterons parfois le malade) ne comprend pas bien quel est le but poursuivi par ces soignants, et notamment le médecin, qui prétendent soigner une maladie avant tout par la parole. Le conflit est alors souvent inévitable entre cette famille et ce personnage perçu comme dangereux, car venant rompre un certain équilibre, et traité pour s'en défendre de charlatan.

"Conflit avec la famille qui reproche au médecin de démedicaliser et de conforter le malade dans ses attitudes"

d) La mise en invalidité :

Le problème est souvent évoqué. Les réactions des soignants devant cette possibilité peuvent s'ordonner suivant deux axes, l'un tendant à la privilégier, l'autre à l'éviter. En effet, la mise en invalidité peut être vécue comme une réparation sociale à l'injure faite par la maladie et par là permettre aux soignants d'atténuer quelque peu la culpabilité ressentie devant l'échec thérapeutique.

"Arrêt des observations en 1975. Avait obtenu

(1) HESMARD cité par SCHERER "les psychoses en milieu rural" Concours Médical - 14 juin 59 (in BASTIDE : sociologie des maladies mentales - Flammarion 1965).

une mise en invalidité. Le travail de l'équipe s'est centré en partie sur cette mise en invalidité"

"Unique projet : 'la mise en invalidité"

"Action auprès de la Sécurité Sociale pour réintégrer ses droits à la 2ème catégorie"

Mais cette mise en invalidité est aussi ressentie comme le signe manifeste de cet échec, le dernier "don" quand on ne sait plus quoi faire.

"Perspectives qui diminuent de plus en plus !
Malade intelligent pour qui on pouvait penser qu'une certaine verbalisation et mentalisation de ses problèmes lui permettrait de reprendre le travail. Aujourd'hui, on approche de l'invalidité et on tient surtout à éviter une "TS réussie". Prise de conscience progressive mais qui débouche sur un constat d'échec où je me sens entraîné".

Parfois, cependant elle est envisagée associée à d'autres possibilités de soins

"Soins longs. Eventuellement groupe. Mise en invalidité"

Elle peut être aussi une réaction du spécialiste qui ne trouvant pas "matière à traiter" renvoie le patient au généraliste après avoir donné quelque-chose.

"Mise en invalidité et orienter vers le généraliste dans la mesure où il n'y a aucune demande de type "psy" et seulement des plaintes somatiques"

Cependant, les soignants essaient quelquefois d'éviter une invalidité chronicisante

"Jouer au niveau de la restauration narcissique, éviter une invalidité ultérieure"

e) Le groupe comme modalité de soins future :

La forme du soin peut évoluer. Jusqu'à présent, le soin se limitait à des consultations dans les deux centres et parfois à l'hôpital avec orientation psychothérapique et/ou chimiothérapique et à des VAD qui tentaient d'appréhender le patient dans son context social. L'équipe envisage maintenant le soin par le groupe et cherche à définir ce groupe. Il est associé à des soins longs :

"Soins longs. Eventuellement, groupe. Mise en invalidité"

Mais ce n'est qu'une éventualité qui ne semble pas peser lourd dans ce cas à côté de la certitude de mise en invalidité. C'est une entreprise qu'on ne connaît pas bien et qu'il semble préférable d'intégrer à d'autres techniques plus "sûres".

"Prise en charge à long terme. Possibilité de groupe. Support chimiothérapique retard. Eviter le PO"

"Continuer la psychothérapie si le mari ne l'adresse pas à un autre médecin. Traitement en groupe envisagé"

La composition du groupe en fonction de critères nosographiques et en fonction du sexe est envisagée

"Participation éventuelle à un groupe de femmes dépressives"

Enfin, il semble qu'il permet de respecter les défenses individuelles dans l'esprit de certains soignants

"Continuer le soutien. Respecter les défenses. Participation à un groupe".

II - LA DEMANDE ET LA REPONSE :

Quelle demande ? quelle réponse ?

C'est avant tout le problème de la psychiatri-sation, des limites de l'intervention, de l'éventuel activisme soignant qui est posé. Mais c'est aussi celui du désir soignant, de la toute puissance thérapeutique qui, mise à l'épreuve de la réalité , se révèle souvent un leurre pouvant entraîner des réactions de frustration chez les soignants. Comme le dit DIATKINE : "tant qu'on n'a pas renoncé à l'ambition de soigner, on risque toujours d'en vouloir à ceux qui ne se laissent pas guérir. La connaissance des mobiles inconscients de ceux qui soignent permet à ceux-ci de ne pas être dupes de leurs réactions mais ne les suppriment pas totalement" (1).

La relation est parfois qualifiée

"Bonne relation. Nous écrit quand elle ne se sent pas bien. Veut des médicaments"

La bonne relation semble être une relation de dépendance. Le malade lui-même est qualifié

(1) in "le Psychanalyste sans divan" - Payot 1971.

"Ne vient plus. Paraissait pourtant assez demandant. Malade intéressant"

Il y a mise en parallèle de l'intensité de la demande et de l'intérêt qu'on peut lui porter. Le malade "intéressant" est probablement celui qui sait bien présenter ses troubles.

Parfois, ce malade est déçu par la non réponse immédiate d'un personnage supposé tout puissant

"Venu une fois pour impuissance. N'accepte pas d'en parler dans une relation"

Pour le soignant, la non demande du patient est mal supportée

"Aucun accrochage avec cette malade qui ne manifeste aucune demande. Suivie très irrégulièrement"

"De façon manifeste, ne demande rien sauf des arrêts de travail et nous voudrions lui donner plus"

il s'interroge parfois sur son pouvoir manipulateur,

"Question permanente : jusqu'où peut-on aller dans la frustration et/ou la gratification ?"

constate parfois son échec malgré ses "bonnes intentions"

"La malade a fait échouer mon projet psychothérapique de soutien et d'interprétation"

(Nous pourrions ajouter ironiquement : "ne l'a t-elle pas fait exprès ?")
et parfois consent à un abandon relatif de sa toute puissance thérapeutique

"Je ne vois pas ce qu'on peut faire pour cette femme qui, au fond, emmerde tout le monde et fait tout pour se faire rejeter. Elle y réussit très bien. Pour l'instant, est suivie par l'hôpital"

L'intervention peut avoir une visée régulatrice, voire normative qui, paradoxalement peut trouver sa source dans une idéologie "révolutionnaire", par exemple, le courant féministe, et aboutir à la rupture d'un équilibre relationnel intra-familial sans mieux être compensatoire.

"Sinistré et a obtenu une invalidité. Traumatisme crânien il y a environ 10 ans. Italien venu de la Sicile avec sa famille dont la mère qui vit actuellement dans le foyer. Ne sait ni lire ni écrire. Avons essayé de faire bouger ce monsieur qui, en fait, est le pacha chez lui. La femme travaille et a de son côté, trouvé un équilibre qui la satisfait ; est angoissée de nous voir arriver, voulant bouleverser tout leur équilibre. Contre transfert négatif à la plupart des VAD et en consultation. En fait, ne savons pas pourquoi nous voulons changer tout ça, apparemment, ce serait des suites de l'hôpital. Bref, en fin de compte, en ont aussi tellement marre qu'ils demandent à retourner vers leur médecin traitant. Sommes finalement très satisfaits de cette situation"

L'équipe peut aussi "huiler là où ça grince" par une prise en charge courte mais intensive

"Sa femme qui était séparée de lui a eu un enfant qu'il a récupéré avec elle. Prise en charge importante pendant un temps limité"

"Il semble que cette prise en charge courte mais intensive ait permis de débloquer la situation. Mais elle reste certainement très précaire. On regrette que le malade n'ait pas continué à venir même en allant mieux. Arrêt brutal, non décidé en commun"

Il persiste cependant un regret d'être limité à ce rôle régulateur sans lendemain mais qui a pu atténuer la tension provoquée par un événement traumatisant. En effet, il se peut que ce genre d'intervention fasse taire la révolte et par là, soit suraliénante (au sens où MARCUSE (1) ajoute la surrépression d'un principe de rendement à la répression instinctuelle découlant du principe de réalité freudien) mais elle permet également d'apaiser la souffrance immédiate. Comme le rappelle TORRUBIA (2) : "Quand un type est en train de crever de faim, tu ne peux plus te poser le problème de la charité. Ça n'a pas de sens. Tu es là et tu lui donnes un morceau de pain. En face du drame d'un malade, tu ne peux pas faire autre chose que répondre à la demande, même si tu as une inquiétude intérieure. Dans un certain contexte, l'inquiétude intérieure, c'est un luxe. Ça peut même te donner bonne conscience et te faire oublier le reste, mais quand même ... On est dans des contradictions insensés. Pas moyen d'en sortir".

Cependant, il peut y avoir un refus actif de la "psychiatisation".

(1) in "Eros et Civilisation" - Ed. de Minuit - 1970

(2) in "Histoire de la psychiatrie de secteur" - Recherches n° 17

"Un long entretien. On dépsychiatrise. Rendez-vous à la demande. Jamais demandé"

et le patient peut lui-même refuser une prise en charge,

"Ne répond pas à la convocation du nouveau médecin"

"Arrêt des consultations. Ne semble pas satisfait de la prise en charge"

même, et surtout, s'il lui est fait obligation de soins comme, par exemple, pour les éthyliques soumis à la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux

"A la suite de l'intervention du Procureur alerté par la gendarmerie qui a dû intervenir plusieurs fois pour coups et blessures sur sa femme, Monsieur S. est venu en consultation deux fois. La lettre de rappel avec menace de rendre compte au Procureur s'il ne venait pas n'a rien donné"

"Recruté dans le cadre de la loi de 54 après une rixe à Pont-Evêque. Très peu motivé pour se faire soigner. N'a pas répondu à la lettre de rappel"

L'ambivalence des soignants face aux éthyliques reste d'ailleurs entière. Faut-il ou non intervenir ? La tentation d'intervenir malgré tout est parfois rationalisée en alléguant l'urgence somatique ou en la sous-entendant

"N'a pas envie d'arrêter de boire. Hypothétique cure de désintoxication"

"Ne semble pas vouloir arrêter de boire. Etat somatique précaire"

"Après une cure de désintoxication à l'hôpital, n'est venu que deux fois au dispensaire. Ambivalence du médecin au sujet de la post-cure : système d'aliénation et de chronicisation de la relation mais aussi fonction de réassurance par le malade"

Cependant, les relations avec l'éthylique ne se réduisent pas toujours à cet aspect négatif

"Cure de désintoxication qui semble avoir été bien investie : pas de problèmes pour la post-cure"

III - L'HOSPITALISATION : LES RELATIONS AVEC L'HOPITAL OU LA CLINIQUE :

Il apparaît un souci de l'équipe d'éviter ou de limiter les hospitalisations

"Maintenir Madame N. hors de l'hôpital"

"Etre là pour une éventuelle décompensation et éviter l'hospitalisation"

"Limiter les hospitalisations qui deviennent de plus en plus rapprochées en jouant sur l'équilibre de la famille"

et en particulier les hospitalisations brutales de type renfermement dans un lieu protégé par l'intermédiaire du placement d'office (PO) ou du type de celles qui nécessitent le recours aux forces de l'ordre ou aux pompiers

"Prise en charge à long terme ... Eviter le PO"

"Etablir avec lui une relation à minima pour éviter une éventuelle épreuve de force et le PO. Lui faire accepter une couverture médicamenteuse"

"Eviter le surgissement brutal de l'angoisse et un passage à l'acte de type flic ou ambulance sur un des membres de la famille"

"Notre intervention continue à éviter des hospitalisations dramatiques (flics - pompiers)"

Les moyens envisagés pour limiter ces hospitalisations sont divers : du classique "être là" non explicatif, on passe à l'établissement d'une relation à minima mais avec couverture médicamenteuse pour finir par une action sur la famille. Mais il faut que l'action soit continue.

Ce souci d'éviter l'hospitalisation semble être en contradiction avec le discours manifeste de l'équipe mais il semble cependant que certains soignants aient fait leur ce principe général de la psychiatrie de secteur, ce qui renforce la coupure service-secteur déjà signalée dans la première partie de ce travail.

Cette coupure service-secteur est illustrée par l'arrêt des soins à certains patients quand ils passent de l'un à l'autre

"Perdue de vue à l'issue de sa 2° hospitalisation dans le service"

"Envoyé à l'hôpital pour un soutien. Vu une seule fois"

"Hospitalisée dans le service. N'a pas donné suite à sa prise en charge sur le secteur"

Certains malades et leur famille utilisent d'ailleurs les différents lieux de soins en jouant sur cette coupure communicationnelle.

"Essai de soutien à Monsieur F. qui se termine par une hospitalisation à Saint-Egrève à la suite de crainte de sa famille au sujet d'un éventuel suicide (hospitalisation dont l'équipe de secteur ne fut pas informée). Saint-Egrève le renvoie dans le service mais il ne veut pas accepter de contrat de soins et retourne de lui-même à Saint-Egrève"

Cependant, il peut arriver qu'un médecin du service utilise les locaux du secteur pour des consultations, l'inverse demeurant plus fréquent

"Suiwie au CMP par psychologue et par l'interne de l'hôpital. Etait prise en charge à partir de l'hôpital. A été réhospitalisée pour TS un court moment puis a disparu"

"Hospitalisée pour syndrome délirant. Actuellement consultation régulière au centre par l'interne de l'hôpital"

L'attitude face aux malades qui peuvent utiliser les services d'une clinique privée est ambiguë :

"Suivi en fait à Champvert. Consultations utilitaires où on ne marche pas"

Ces consultations sont-elles dites utilitaires

parce que gratuites et plus proches du domicile ou bien sont-elles perçues comme telles parce que ravivant la vieille querelle public-privé ? Le "on ne marche pas" semble indiquer une difficulté à supporter la concurrence avec un autre ensemble soignant, dont le but et les méthodes sont différents.

Ce problème de relations avec les cliniques privées renvoie au problème plus général des personnes qui sont suivies ailleurs et qui, voyant s'installer une nouvelle structure de soins plus proche de leur domicile, viennent voir de quoi il retourne avec peut-être le secret espoir de trouver ici un soulagement rapide à leurs troubles.

"Venue une seule fois en consultation. Suivie par ailleurs. Etait venue parce que le dispensaire était plus près"

L'attitude de l'équipe envers ces personnes déjà suivies est d'ailleurs toujours réservée par crainte, dit-on, de la manipulation, ce qui ne les incite peut-être pas à poursuivre la relation.

IV - RELATION AVEC LES GENERALISTES ET LES AUTRES MEDIEATEURS A TRAVERS LES CONSULTANTS :

A travers les relations avec le généraliste est posé le problème de la spécificité de la psychiatrie et notamment de la psychiatrie de secteur. Est-elle uniquement une spécialité médicale parmi d'autres ? Le rôle du psychiatre consiste-t-il en une unique consultation à

recueillir des signes, établir un diagnostic puis faire une ordonnance comme le souhaiteraient certains généralistes ? Ce travers du spécialiste de cabinet est parfois mis en acte par l'équipe du secteur VII.

"Vu une fois au dispensaire. Renvoi à son médecin traitant"

"Renvoyé à son médecin traitant dès le premier entretien"

Il s'agit bien d'un renvoi faisant suite à un "envoi pour avis". Il ne saurait s'agir dans ce cas de l'instauration d'une relation, de sa maîtrise et de son évolution dans un but de résolution des tensions internes du patient mais bien de la manipulation d'un "objet-malade" par différents services de tri.

Souvent, il n'existe aucune demande de la part des "consultants". Ils viennent plus, semble-t-il, pour faire plaisir à leur médecin ou pour montrer qu'ils ont fait quelque chose, que pour être éventuellement soulagés d'un certain "mal à vivre".

"Malade venue sur conseil de son médecin une seule fois. Se raconte facilement et puis ... on ne la voit plus. Ce fameux "à quoi ça sert" défensif, je suppose"

"Adressée par son médecin traitant. Pas de demande. On lui laisse nos coordonnées".

Du côté des "psy." un certain refus du corps conduit à orienter vers le généraliste les patients pour lesquels les troubles psychiques ne trouvent qu'une expression somatique.

Néanmoins, il peut arriver qu'une maladie somatique soit reconnue au milieu d'un tableau psychologique par le psychiatre, ce qui justifie d'ailleurs, aux yeux de beaucoup de confrères, sa raison d'être médecin. Le patient ne sera alors pas adressé au généraliste mais au confrère hospitalier spécialiste.

"A été adressé par nous en médecine : prostatectomie"

"Adressée par nous en endocrinologie pour nodule thyroïdien. Depuis, reprise des neuroleptiques de couverture. Pourquoi ?"

Cette dernière question renforce l'impression du vécu de coupure entre corps et esprit. On serait tenté de répondre qu'une affection thyroïdienne peut aussi co-exister avec une affection psychologique et que le traitement de l'une n'implique pas nécessairement un abandon du traitement de l'autre, fut-il neuroleptique. "Revendiquer un malade pour l'une ou l'autre discipline revient à une querelle de boutiquiers se disputant un client. Alors qu'on pourrait dire : il y a des névrosés - et nous ajouterons des psychotiques - pour tout le monde" ISRAEL (1).

Il peut tout de même exister une prise en charge conjointe psychiatre-généraliste sans qu'on puisse d'ailleurs parler de véritable collaboration

"Se plaint régulièrement mais en fait ne va pas si mal qu'elle veut le faire croire. Fait appel à son médecin traitant dès que ça cloche"

Parfois, le généraliste sait que l'équipe de

(1) in "l'hystérique, le sexe et le médecin - Masson 1976

secteur peut se déplacer à domicile, tout comme lui, et demande une intervention dans ce sens

"Deux VAD à la demande du médecin traitant"

Dans l'ensemble, cependant, il nous a semblé que les généralistes étaient peu informés des possibilités thérapeutiques de l'équipe de secteur.

Des relations existent avec d'autres médiateurs :

- Les directeurs de maisons de retraite qu'il faut rendre parfois plus tolérants à l'égard de vieilles personnes désorientées ou revendicatrices

"En février-mai 1974, l'équipe favorise son adaptation à la résidence en rassurant le directeur. Consultation en février 1976, on téléphone au directeur"

"Grand-mère envoyée par la maison de retraite de Seyssuel pour un état dépressif d'adaptation"

- les assistantes sociales polyvalentes,

"Aucun accrochage avec cette malade qui ne manifeste aucune demande. Suivie très irrégulièrement. On se tient au courant de loin en loin par les assistantes sociales"

Il s'agit vraisemblablement d'une demande des assistantes sociales et non de la personne concernée prise dans les mailles du filet socio-psychiatrique.

- Les médecins de caisse ou les médecins du travail :

"Prise en charge plus psychothérapique depuis quelque temps. Action sociale. Médecin du travail alerté. Concertation avec médecin du travail et médecin contrôleur de la sécurité sociale pour préserver l'activité"

- L'appareil judiciaire et les forces de l'ordre :

"Malade venu de lui-même demander une aide psychologique. Est venu trois fois puis a disparu. On apprend qu'il doit être condamné et on reçoit une convocation de la police ! Interrogation sur le pourquoi de sa venue"

"Jeune fille placée en foyer d'éducation surveillée par le Juge des Enfants. Devons, en accord avec lui, l'aider à prendre une décision d'éventuelle réintégration dans sa famille"

- Des associations ethniques et/ou confessionnelles :

"Contacter des associations arméniennes pour lui faire réintégrer une place dans la communauté"

Ces "relations extérieures" de l'équipe de secteur demeurent cependant assez limitées. L'intégration dans la cité qui passe, entre autre chose, par les relations avec ces médiateurs est encore bien imparfaite. Mais on évite peut-être ainsi de piéger l'individu dans un réseau institutionnel qui peut se révéler lui-même aliénant.

V - IDEOLOGIE FACE AU TRAVAIL ET AUX CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES :

Ce qui apparaît avant tout, c'est la valorisation du travail par les soignants, travail pris comme critère d'une bonne adaptation et qui permet une relative autonomisation du patient.

"Va bien, travaille. RV tous les 2 ou 3 mois"

"Ne vient plus. Aurait trouvé du travail.

Sortait un peu plus avec des amis"

"A cessé de venir. A repris son travail d'une façon aléatoire. En fait, obsessionnel + hystérique"

"Etat dépressif réactionnel à des conditions de travail. Structure obsessionnelle ; change de travail. Arrêt concerté de la prise en charge"

Sur ces exemples, on peut remarquer que la reprise du travail ou le changement de poste de travail permet l'arrêt de la prise en charge.

L'intérêt porté aux problèmes socio-économiques n'empêche cependant pas la reconnaissance d'une structure psychique mais la décompensation de cette structure ressort parfois à des conditions socio-économiques qu'il convient de ne pas éluder par un abord ne tenant compte que de l'anamnèse familiale du sujet.

Ainsi, BLANCHARD (cité par RACAMIER dans le psychanalyste sans divan) peut-il dire :

"Tant que le statut social reste fixe, l'état mental a peu de chance de changer. Sont chroniques les malades dont le statut social acquis au sein de tel milieu ne varie pas, dont la position psychosociale demeure stationnaire au sein du monde pavillonnaire, du monde familial, ou de la société".

Le travail est parfois conçu comme un véritable outil thérapeutique qui peut permettre, entre autre, un départ d'une famille sans doute jugée trop aliénante.

"Actuellement, bien stabilisé dans son travail"

"Resocialisation par le travail. Départ de la maison paternelle"

"Après maison de repos et recherche de l'emploi prise en charge de type foyer pour échapper à la tutelle paternelle"

L'intervention au niveau du travail est parfois associée à d'autres possibilités thérapeutiques

"Aménagement au niveau du travail. Psychothérapie de soutien"

mais parfois, la recherche d'un emploi ou la résolution des problèmes sociaux semble être l'unique préoccupation des soignants qui se cantonnent alors au rôle d'un service social

"Pour l'instant, nous ne voyons plus Monsieur P. qui venait très peu aux consultations sinon pour y démêler ses problèmes sociaux et ceux qu'il avait avec son employeur et la sécurité sociale"

"Reclassement professionnel"

"Relation très lointaine, actuellement essentiellement axé sur des problèmes sociaux"

Ce qui semble important à certains soignants, c'est que le sujet, sortant d'une problématique individuelle puisse se reconnaître dans les préoccupations portées par des gens semblables à lui et ainsi, mieux repérer sa propre problématique mais cette attitude peut connaître des limites

"On avait pensé briser le problème de la solitude et le problème matériel par l'adhésion à un comité de chômeurs et aussi faire reconnaître que la cause de la dépression était aussi de nature socio-économique. Mais la personnalité de Monsieur D. était plus perturbée que nous ne l'avions d'abord pensé et il a fallu l'hospitaliser en hôpital de jour, ce qui n'a d'ailleurs pas donné de résultats très probants".

Il est à noter que, bien que parfois en filigrane, le travail comme facteur lui-même aliénant n'est jamais évoqué clairement. Il semble que la perception du travail comme facteur normatif dans une société répressive échappe aux soignants qui considèrent avant tout son utilité dans la resocialisation. Ces multiples aspects du travail sont bien notés par FOUCAULT parlant de son livre : "Surveiller et punir" :

"C'est une chose qui était déjà inscrite dans le système pénal du XIX^e siècle : si quelqu'un commettait un délit ou un crime, c'est, pensait-on, parce qu'il ne travaillait pas. S'il avait travaillé, c'est-à-dire s'il avait été pris dans le système disciplinaire qui fixe l'individu à son travail, il n'aurait pas commis de délit.

Alors, comment va-t-on le punir ? Eh bien, par le travail ! Mais, ce qu'il y a de paradoxal, c'est que ce travail présenté comme désirable et comme moyen de réinsertion du délinquant dans la société, on va s'en servir comme d'un instrument de persécution physique en imposant au condamné, du matin au soir, le travail le plus insipide, monotone, brutal fatigant et, à la limite, mortel. Etrange polyvalence du travail : châtiment, principe de conversion morale, technique de réadaptation, critère d'amendement et but final".

VI - TENDANCES, IDEOLOGIE DE L'EQUIPE :

On peut distinguer dans les tendances de l'équipe une position active mais conservatrice et une position passive.

A) Position active :

Elle peut être résumée par quatre termes : maintenir, stabiliser, surveiller, faire durer. Deux maîtres-mots surtout apparaissent : maintenir (ou maintien) et stabiliser (ou stabilisation).

- Maintenir (Larousse) : (du latin manu tenere : tenir à la main) - tenir fixe, en état de stabilité - conserver dans le même état, entretenir, défendre - affirmer, soutenir.

- Stabiliser (Larousse) : mettre dans un état durable.

Ces références lexicologiques montrent que ces deux mots sont liés, l'un servant même à définir l'autre. Ils se renforcent et sont d'autant plus indicatifs d'un état, d'une habitude.

"Stabilisation"
"Stabiliser Madame Ch."
"Actuellement, bien stabilisé dans son travail"
"Etat stabilisé qu'il vaut mieux respecter"
"Stabiliser le malade dans sa chronicisation"
"Stabilisation d'un état dépressif réactionnel"
"Stabilisation de la production délirante par
chimio et psychothérapie. Maintien du couple
(valorisation réciproque)"
"Maintenir la stabilisation"
"Maintenir l'amélioration"
"Maintenir la relation de soutien"
"Maintenir Madame H. hors de l'hôpital"
"Maintenir la tolérance de l'institution"
"Le maintenir dans son emploi"
"La maintenir dans son entourage"

Ce qui compte, semble-t-il, c'est d'éviter les vagues, les a-coups, l'imprévisible, la béance. C'est d'éviter qu'une fois la personne enfin coulée dans le moule que lui ont assigné les soignants, fidèle reflet de la norme sociale qu'ils sont chargés, à leur insu ou non, de faire respecter, qu'elle puisse échapper de nouveau à cette norme.

RACAMIER (1) s'inscrit en faux contre cette conception conservatrice du soin en proposant une attitude plus dynamique : "une de nos préoccupations, dans le travail institutionnel (tout comme dans les relations individuelles avec les patients) s'exprime par deux questions qu'il nous paraît toujours utile de poser : la première est de savoir ce que nous pouvons faire pour les malades de plus que ce que nous faisons ou imaginons. La seconde, en apparence contraire, est de savoir ce que nous pouvons faire de moins

(1) "Le psychanalyste sans divan" - Op. cit.

que ce que nous avons l'habitude de faire".

PAUMELLE (1), quant à lui, pose la question de la finalité de l'adaptation sociale comme critère de santé mentale : "l'adaptation sociale est-elle le signe de la guérison ou de la santé mentale ? La fonction de la psychiatrie communautaire est-elle avant tout la réadaptation des inadaptés et des déviants ? Le psychiatre et son équipe doit-il se présenter comme l'instrument docile de la société dans cette tâche, ou bien, au contraire, ne s'agit-il pas d'inquiéter plus que de rassurer la société, de lui faire prendre conscience de ses mécanismes de réjection ; en même temps que la guérison du patient, l'équipe de communauté n'a-t-elle pas pour caractéristique essentielle de tenter la guérison, la modification profonde de l'entourage immédiat du patient ? N'est-ce pas à cette condition qu'elle peut fournir au malade l'image d'un rapport renouvelé à la réalité, celle d'un homme capable d'aménager son monde ?

Ces deux mots, maintenir et stabiliser, sont encore renforcés par l'expression "faire durer" ou "faire durer au mieux" qui renvoie au même immobilisme.

Un des moyens envisagés pour maintenir, stabiliser, faire durer, est la surveillance qui, nous apprend le Larousse, consiste à veiller avec une grande attention, autorité et souvent avec défiance

"Maintenir une surveillance pour éviter une nouvelle décompensation"

"Surveillance régulière. Prévention des rechutes"

(1) "Le psychanalyste sans divan" Op. Cit.

"Surveillance plus ou moins psychothérapique
pour la post-cure"

Il nous semble d'ailleurs que surveillance et psychothérapie s'excluent. L'un impliquant une attitude active dans un rapport dominant-dominé, l'autre une attitude de "neutralité bienveillante" dans un rapport de collaboration.

En contrepoint de ces attitudes qui visent le plus souvent à conserver en "état de normalité" un ancien perturbateur social existent des tendances à augmenter ou à améliorer le niveau de tolérance du groupe social ou familial à l'égard du malade mental, pris éventuellement tel qu'il est, ou, en d'autres termes, à substituer à une tendance "émétisante" de la société à son égard une tendance "anthropophagiste" (1)

"Amélioration du niveau de tolérance familiale"

"Augmenter la tolérance de la famille"

"Maintenir la tolérance de l'institution"

"Faire qu'il soit mieux toléré par sa femme"

"Amélioration du niveau de tolérance du couple"

"Agir sur les voisins et sur l'employeur pour qu'ils l'acceptent tel qu'il est"

B) Position passive :

La seule présence des soignants est valorisée en elle-même. Il y a possibilité pour le malade d'utiliser un ou plusieurs membres de l'équipe comme support identificatoire mais surtout comme objet permanent qui n'a besoin que d'exister (voir encore RACAMIER (2) qui distingue dans

(1) voir LEVI-STRAUSS - Tristes tropiques - Plon 1968

(2) le Psychanalyste sans divan - Op. Cit.

les fonctions principales des soins institutionnels une fonction basale de présence et des fonctions plus différenciées d'aide au moi des patients).

"On est là, c'est tout"

"Rester très présent pour éviter un placement intempestif qui n'a pas lieu d'être"

"Etre présent et se laisser (un peu) manipuler"

"Etre là pour une éventuelle décompensation"

"Etre là et orienter vers une prise en charge plus psychothérapique"

La présence peut aussi être entendue comme présence dans la cité, permettant au groupe social de médiatiser son angoisse face au fou et par là, d'être moins rejetant/

"Notre seule présence a pu permettre une reconnaissance de Monsieur B. par sa famille"

"Assurer une présence régulière auprès de l'ensemble de la famille"

"Va mieux ... depuis que les voisins nous ont vus !"

Ces positions, tant actives que passives, sont sous-tendues, semble-t-il, par la peur de bouleverser, d'être frustrant, incisif. L'équipe fonctionnerait comme une mère trop gratifiante, hyperprotectrice, ne permettant pas au malade, et en particulier au psychotique, d'accéder au désir en comblant la béance dans laquelle il s'inaugure. Sans doute les soignants se défendent-ils ainsi contre leur propre agressivité latente consécutive à l'angoisse suscitée par cet autre en même temps si différent et si semblable

mais il ne nous en semble pas moins qu'à travers les contacts pris avec le milieu familial ou professionnel est créé un milieu protégé, aconflictuel et pour tout dire psychotisant.

TROISIEME PARTIE :

AUTRE APPROCHE DU FONCTIONNEMENT SECTORIEL

A PARTIR DES CAS DE CERTAINS PATIENTS PRIS COMME ANALYSEURS

I - Monsieur B. est un Nord Africain, marié, 5 enfants, qui vit depuis quelques années en France, coupé de sa famille. Il est employé par une grosse entreprise laitière de Vienne où son comportement a déjà posé quelques problèmes. Il interrompt parfois brusquement son travail et reste posé, là où il est, les yeux dans le vague. Il a été muté récemment dans un autre poste de travail, au déchargement des camions.

Monsieur B. vient au CMP pour se plaindre de la pénibilité de son travail actuel. Il s'exprime difficilement en français et répond à nos questions par des formules brèves et vagues. Il dit vouloir travailler, mais dans un

poste moins fatigant.

Mal à l'aise en face de Monsieur B. qui nous demande d'intervenir sans nous présenter de signes de maladie "utilisables", nous éludons une première fois sa demande et lui demandons simplement de revenir la semaine prochaine. Il nous place en face de notre idéologie du travail et nous ne savons quoi répondre. Devons-nous intervenir ? Dans ce cas, à quel titre et avec quels arguments ? Il nous faut déclarer Monsieur B. malade pour pouvoir argumenter en sa faveur. Est-ce qu'il nous le demande ?

Monsieur B. revient avec la même demande la semaine suivante et nous commençons à nous poser le problème en terme de structure mentale plus ou moins extériorisée.

En d'autres termes, nous objectivons Monsieur B. pour que sa demande prenne un sens pour nous soignants, chargés de l'"homme malade", pour que nous puissions mieux entendre et surtout mieux répondre à sa demande. Encore ne lui fut-il pas répondu sur un mode purement médical. En effet, le schéma classique supposerait : gêne dans le travail, consultation d'un médecin et donc acceptation du statut de malade (avec en sous-entendu, maladie pré-existante à la gêne dans le travail et non pas travail comme cause de la maladie), réponse du médecin sur un mode chimiothérapique, voire psychothérapique, pour réadapter l'individu à ce travail. Un autre type de réponse consisterait en un arrêt de travail plus ou moins long mais toujours dans l'espoir d'une réadaptation à ce même travail. Monsieur B. avait déjà frappé à quelques portes et il lui avait souvent été répondu sur ce type.

Nous-mêmes avons d'abord répondu ainsi pensant qu'un arrêt de travail suffisait à rendre le travail moins aliénant, l'homme moins machinal et nous déculpabilisant ainsi à bon compte. Restait la question : Monsieur B. est-il malade ou pas ? S'il est malade, de quoi souffre-t-il ? On ressortit pour la circonstance l'ambivalence culturelle, les problèmes du transplanté, le racisme ambiant. Monsieur B. revenait toujours.

L'idée de structure psychotique en décompensation se faisait jour sur des indices bien minimes (et non pas celle d'une psychose caractérisée : l'ère nosographique est révolue, comme chacun sait). Cette idée prit force. Ça y était ! Monsieur B. était objectivable et donc défendable (la fonction apostolique revenait au galop).

Le médecin du travail et le médecin de la Caisse furent appelés et, en l'absence de Monsieur B. le raisonnement suivant leur fut tenu : Monsieur B. est un grand psychotique. De ce fait, toutes les activités qu'il investit peuvent être considérées comme un signe encourageant sur le chemin d'un mieux-être. Or, il a envie de travailler. Il faut tout faire pour favoriser cette activité. Son travail actuel lui apparaissant comme trop pénible, il faut lui en trouver un autre avant qu'il ne se désintéresse totalement du travail et de la vie. Le médecin du travail alléguait qu'il était difficile de mettre Monsieur B. à des postes où l'activité était intense, car dans ses moments d'absence, il risquait de se faire renverser par un chariot élévateur. De plus, il disposait de très peu de postes pour handicapés et ceux-ci étaient déjà bien pourvus. Toutefois, il allait contacter le chef du service du nettoyage qui pourrait accepter de le prendre. Le médecin de la caisse dit que,

quant à lui, il préférerait lui donner une invalidité permanente puisqu'il était malade et vraisemblablement chronique. Quelque temps après, Monsieur B. fut muté au service du nettoyage. Cependant, une quinzaine de jours plus tard, il venait directement à l'hôpital en disant que ça n'allait pas . On l'hospitalisa mais on ne put en savoir bien plus. Il y avait eu une lettre de la direction à la suite de laquelle il était venu. On téléphona - plusieurs fois - Le médecin du travail n'était pas joignable. Certains responsables se tenaient dans une prudente réserve quant à la possibilité de reprendre Monsieur B. Dans le service, il ne demandait rien, ne voulait rien, répondait d'une façon évasive et restait presque tout le temps au lit. Parfois, cependant, il partait sur sa mobylette pour une destination qui nous était inconnue.

Une quinzaine de jours plus tard, on put enfin avoir une réponse nette au téléphone. L'entreprise ne pouvait pas réembaucher Monsieur B. Ce dernier était sans ressources. On lui proposa (à tout hasard ?) un retour en Algérie qu'il refusa, prouvant ainsi qu'il avait gardé sa capacité de dire non. La situation était bloquée. Les possibilités relationnelles avec Monsieur B. semblaient épuisées. Une discrète chimiothérapie n'avait modifié en rien son comportement.

On parla encore de lui à quelques réunions du mercredi pour constater notre impuissance, puis on finit par l'oublier dans le service.

Cependant, un beau jour, il arriva transfiguré d'une sortie en mobylette : il était réembauché par l'entreprise qui l'employait auparavant avec un horaire de nuit qui lui permettait de passer la journée à l'hôpital.

Il se plaça ainsi de lui-même en situation "d'hôpital de jour" sans que personne ne lui eut proposé cette solution. Ce réembauchage que nous souhaitions et que nous avions tenté de négocier pour lui, il l'obtint de lui-même, sans en parler. Ainsi, Monsieur B. a pu utiliser les structures d'accueil tant hospitalières qu'extra-hospitalières tout seul, sans offrir en contrepartie de prise à notre désir soignant.

Aujourd'hui encore, il se rend à son travail chaque nuit puis revient dans le service pour la journée. Il paraît heureux. Personne ne tente plus de lui faire endosser un statut mais la question reste ouverte et son rapport avec l'institution soignante et du "qui soigne, qui et où ?". Un beau jour, on s'apercevra qu'il est "de trop" dans le service ... Partira-t-il avant ?

L'histoire de Monsieur B. appelle quelques remarques : elle illustre l'attitude embarrassée de l'équipe en face d'une demande isolée d'intervention sociale sans demande manifeste et personnelle d'aide psychologique. Ainsi, placés en situation de réaliser une partie de notre discours sur la nécessité de prendre en compte les problèmes sociaux, avons-nous dû avant toute chose remettre le masque nosographique, façon new-look bien entendu, afin sans doute de conserver notre crédibilité auprès des instances de décision, mais probablement aussi pour conserver notre identité, notre raison d'être d'ensemble soignant.

Elle montre aussi l'inefficacité du discours type "parler de " ou "au sujet de" quand il se situe "en l'absence de". Ainsi, tant que nous avons considéré Monsieur B. comme un objet manipulable (ce qu'il souhaitait peut-être lui-même inconsciemment), la situation est demeurée

bloquée. Quand, enfin, il a pu utiliser lui-même son environnement, et en particulier les locaux de soins, il est redevenu sujet dans un monde qu'il a pu aménager.

II - Monsieur P. 31 ans, paraissant 40, visage poupin, petites lunettes, est hospitalisé depuis un mois pour dépression, lors de notre arrivée dans le service. Il dit avoir consulté un médecin à l'hôpital de Vienne pour une irrégularité tensionnelle et des céphalées occipitales. Par un enchaînement difficilement explicable, il aurait échoué dans le service. On apprendra cependant que depuis la mort de son père, il y a deux ans, il ne se sent plus le même. Il exhale présentement sa rancœur de ne pas avoir été traité pour les maux dont il souffrait et il demande sa sortie, tout comme sa femme que nous verrons le lendemain. Cette dernière est aussi fluette qu'il paraît massif, aussi prolix qu'il est avare de ses mouvements, et manifestement, c'est elle qui dirige le couple et qui inspire son mari. Ils ont deux enfants et habitent une maison pour les réparations de laquelle ils se sont endettés.

Monsieur P. sort donc avec une convocation pour la consultation au Centre Social de Saint-Quentin à laquelle il ne viendra pas. Un mois passe.

Un soir de garde, nous sommes appelés d'urgence : nous trouvons Monsieur P. dans le hall d'entrée du service, très excité, accompagné de son frère et de son employeur qui est aussi le maire de sa commune. Il est porteur d'un collier cervical en plastique. Les accompagnateurs nous expliquent qu'il a tout cassé chez lui et qu'il voulait se déféner comme le confirme la lettre de son médecin

traitant qui a obtenu, après une heure de discussion, qu'il accepte une hospitalisation brève.

Ce médecin a diagnostiqué, peu après sa sortie de l'hôpital, un syndrome cervical postérieur de Barre Liéou (associant céphalées, sensations vertigineuses, troubles oculaires, paresthésies pharyngo-laryngées) rapporté par un rhumatologue de Lyon à une désaxation atlas-axis très invalidante.

Monsieur P. dit ne pas pouvoir faire confiance à un service qui a méconnu l'origine réelle de ses troubles et refuse de rester. Malgré ses réticences, on parvient à transiger sur une nuit d'hospitalisation. Nous nous engageons à l'emmener personnellement le lendemain matin au CMP de Saint-Quentin d'où il pourra regagner son domicile distant de 10 kms.

Le lendemain donc, réunion au CMP entre Monsieur P., une infirmière, une assistante sociale stagiaire et nous-mêmes. Il déclare qu'à 30 ans, il est foutu et qu'il vaut mieux en finir tout de suite. Le rhumatologue lui a dit qu'il ne pourrait plus exercer son travail d'ébéniste qui l'oblige à porter des charges trop lourdes pour sa colonne cervicale, il ne sait rien faire d'autre et les dettes contractées pour la réparation de la maison doivent être payées.

Nous proposons alors à Monsieur P. :

- d'une part, de chercher avec lui des solutions de reclassement professionnel après s'être assuré que son employeur actuel ne peut pas l'occuper à des tâches moins pénibles et surtout que son affection actuelle est bien une affection de longue durée, peu améliorable,
- d'autre part, de venir au Centre toutes les semaines

dans un but de verbalisation des problèmes en suspens, entretiens pouvant par la suite déboucher sur une psychothérapie plus orientée sur son anamnèse personnelle.

Une proposition de VAD se heurte à un refus catégorique de sa part et nous n'insistons pas. Une chimiothérapie antidépressive que nous présentons comme adjuvante sera par contre bien acceptée.

Trois semaines passèrent pendant lesquelles on multiplia les contacts avec la Formation Professionnelle pour Adulte, avec le médecin traitant et le rhumatologue de Lyon, avec l'employeur-maire, enfin, avec la femme de Monsieur P. La resocialisation de Monsieur P. paraissait en bonne voie et lui-même semblait plus détendu, quand un matin, nous apprîmes qu'il avait été hospitalisé la veille à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève. Après un raptus anxieux au cours duquel il avait menacé son entourage, notamment sa soeur et ses voisins avec un fusil de chasse ; le maire et les gendarmes étaient intervenus et avaient confisqué le fusil. Les gendarmes l'avaient amené dans le service, mais l'interne de garde l'avait refusé, faute de place.

Renseignements pris, il apparut que Monsieur P. n'avait pas l'intention de se servir du fusil, non chargé, mais la population était en émoi et on nous demandait de le soigner cette fois-ci énergiquement. Nous décidâmes, assistante sociale, infirmier et médecin, d'aller le voir à Saint-Egrève distant d'environ 70 kms. Nous entendions lui montrer que, malgré son hospitalisation à l'"hôpital des fous" nous ne l'abandonnions pas et aussi lui signifier que cette hospitalisation n'était que provisoire. Il rentrait certes, une bonne part de culpabilité dans cette démarche.

Nous n'avions pas été capables d'empêcher cette hospitalisation et voulions "réparer". Nous trouvons Monsieur P. très abattu, ne comprenant pas ce qui s'est passé et nous demandant de le faire sortir au plus vite. Nous lui demandons de patienter une semaine, temps pendant lequel les réactions de rejet à son égard devraient s'estomper.

Au retour de Saint-Egrève, nous passons à son domicile. Sa femme et ses enfants sont absents mais nous trouvons sa mère et sa soeur sur le pas de la porte de la maison mitoyenne. Des voisins viendront rapidement se joindre à la conversation. Tout le monde paraît catastrophé de son "internement". Personne ne pensait en arriver là et une sortie rapide est souhaitée. Après les avoir rassurés sur son état psychique, nous essayons de leur faire prendre conscience de leur mécanisme de réjection. Nous comprenons mieux à présent certaines réactions de Monsieur P. Dans un tel milieu, où chacun vit sous le regard des autres, où la disposition des lieux ne permet pas au couple une indépendance suffisante par rapport à la famille élargie aux voisins, il faut paraître. A la mort de son père, Monsieur P. n'a pas pu assumer le rôle de "Pater Familias" qui lui était dévolu. La diminution physique et la perte d'emploi qu'elle a entraînée n'a fait que confirmer ses craintes. Les menaces de mort qu'il a proférées pourraient être comprises comme un essai de récupération d'un pouvoir illusoire qu'il n'a jamais eu, vivant en fait sous la domination de sa femme.

Il sortira, comme convenu, de Saint-Egrève, une semaine après. On continue de le voir au Centre, mais aussi, cette fois-ci, en VAD. Une FPA est prévue. Il peut bientôt quitter son collier cervical et reprendre une petite activité de jardinage. Il est en contact avec son ancien employeur.

Ce dernier pense qu'il pourra peut-être continuer de travailler chez lui malgré l'avis défavorable du rhumatologue.

Un jour, il ne viendra plus et nous priera par lettre de cesser les VAD. On apprendra qu'il a effectivement repris son ancien travail et que tout se passe bien. Il voit de temps en temps son médecin traitant qui s'occupe de la chimiothérapie et qui est resté le confident de la famille. Seule sa femme vient quelquefois au Centre évoquer une conjugopathie toujours renouvelée sans pour autant être dramatique.

Cette observation illustre tout d'abord le déplacement des soignants qui suivent "leur" malade dans les différents lieux de soins, le service ou l'HP ne constituant qu'une étape parfois nécessaire mais toujours provisoire.

Elle montre ensuite comment l'équipe entend intervenir en privilégiant les problèmes sociaux quand ceux-ci semblent jouer un rôle de premier plan dans le déterminisme des troubles sans négliger pour autant l'exploration de l'histoire personnelle à la recherche d'un éventuel effet cathartique .

Elle montre surtout que l'intervention de l'équipe de soins à un moment aigu d'une existence psychique peut éviter la chronicisation d'un individu dans une pathologie sans issue sociale.

III - Monsieur F. 26 ans, longiligne, hirsute, est suivi depuis plusieurs années par l'HP de Saint-Egrève, aussi bien en intra qu'en extra-hospitalier, quand il consulte pour la première fois l'équipe de secteur à la suite d'une hospitalisation dans le service.

Il y a rencontré une jeune femme qui possède un appartement à Vienne et qui est suivie elle-même par l'équipe du secteur VI. Tous deux veulent essayer de rejoindre leurs solitudes et de reconstruire ensemble une "normalité". Monsieur F. a été dit successivement héboïdophrène, débile, abandonnique, revendicateur, dépressif. Pour ne pas faillir à la tradition et pour nous rassurer, nous l'étiquerons psychopathe tout en précisant que sa relation d'objet typiquement anaclitique nous permet de le ranger dans le grand fourre-tout des états-limites.

Monsieur F. vient irrégulièrement au Centre, quand il en a envie. Il nous dit sa difficulté à supporter sa compagne dont les excentricités lorsqu'elle sort le gênent et qui ne serait même pas capable, selon lui, de tenir une maison et de faire à manger. La situation financière du couple est catastrophique. Finalement, Monsieur F. n'ayant pas pu trouver le substitut maternel qu'il escomptait (sa mère est morte quand il avait 4 ans) la ramène à l'hôpital. Il continuera pendant un temps à habiter seul l'appartement où nous irons le voir régulièrement. Il semble aller mieux comme si d'avoir remis sa compagne à l'hôpital le rassurait sur sa propre normalité. Il trouvera un travail puis un autre appartement qui lui permettra de rompre les ponts avec celle qui l'hébergeait. Durant toute cette période, sa famille ne s'est pas manifestée. Entre ses hospitalisations antérieures, Monsieur F.

habitait le plus souvent chez sa grand-mère paternelle, surprotectrice, sa belle-mère (2ème femme de son père) ne le supportant pas au domicile paternel. Cette dernière viendra d'ailleurs à la place de son père, nous dire qu'il ne peut être bien qu'hospitalisé. Nous voudrions justement éviter, ou tout au moins limiter, ces hospitalisations. Nous comptons pour ce faire entourer suffisamment Monsieur F. en refusant de nous rendre compte que sa demande affective est telle que nous ne pourrons jamais la satisfaire. Néanmoins, pendant environ deux mois, tout se passera bien. Un jour, comme pour Monsieur P. nous apprendrons qu'il a été envoyé par le service à Saint-Egrève, sous la pression de sa famille, inquiète d'une possibilité suicidaire.

De multiples coupures communicationnelles ont, semble-t-il, conduit à cette hospitalisation :

- Antérieurement à l'hospitalisation elle-même, avec l'équipe du secteur VI qui s'occupait de la jeune femme avec qui il a vécu pendant un temps, et avec laquelle nous n'avons jamais essayé d'envisager les problèmes posés par le couple.
- Avec la famille qui n'a pas pu supporter une autonomisation relative de son objet malade et que nous n'avons peut-être pas suffisamment écoutée, persuadés au fond de sa nocivité.
- Avec le service qui savait que nous nous occupions de lui et qui a pris la décision de l'envoi à Saint-Egrève, par manque de place, sans consulter aucun membre de l'équipe de secteur et alors que l'urgence d'un tel envoi n'était rien moins qu'évidente.

Ces coupures communicationnelles, bien que repérées à cette occasion, n'ont cessé de s'accumuler par la

suite :

- Avec les soignants de Saint-Egrève avec lesquels les multiples dialogues téléphoniques se sont résumés à des dialogues de sourds. Il faut dire que nous avions négligé de les informer lors de la prise en charge initiale de Monsieur F. et que nous ne nous sommes jamais rendu sur place, vexés au fond de n'avoir pas été nous-mêmes informés de cette hospitalisation et considérant que nous étions mis de fait "hors-circuit".

- Avec le service de nouveau, lors du transfert de Monsieur F. quelques mois plus tard. Ainsi, une prise en charge conjointe service-secteur n'a jamais pu être envisagée et, aujourd'hui encore "il s'éclate" d'un soignant à l'autre, à l'hôpital comme au CMP ou dans d'autres lieux.

- Avec la famille, enfin et toujours, considérée comme une entrave à la "guérison" et mise perpétuellement au banc des accusés.

Cependant, la première coupure communicationnelle n'a-t-elle pas toujours été entre les différents soignants et Monsieur F., les autres coupures n'étant que le reflet de cette coupure première, elle-même reflet d'une coupure plus fondamentale ?

IV - Monsieur T. 36 ans, viendra au Centre, sur les conseils d'une voisine, elle-même suivie par l'équipe, parce qu'il se sent coupable du décès par infarctus de sa mère et que cette culpabilité est devenue si envahissante qu'il n'arrive plus à entreprendre quoi que ce soit. Il a dû cesser son travail, reste toute la journée prostré chez lui et ne dort plus. Nous lui proposons (infirmier et médecin) de le voir régulièrement chaque semaine et nous

lui donnons un petit traitement antidépresseur et anxiolytique. Ces entretiens à trois au Centre, au cours desquels on explore son histoire personnelle dureront 4 mois, interrompus pendant 15 jours par les vacances. Puis, Monsieur T. cessera de venir, d'un commun accord avec nous. Sa culpabilité obsédante a disparu et, pour ainsi dire, le travail de deuil s'est accompli.

V- Mademoiselle P. 23 ans, viendra elle pour des crises d'angoisse, sur les conseils du service. Nous la verrons à deux (infirmière et médecin) lors de la première consultation mais, à sa demande, nous continuerons à la voir seul, de façon hebdomadaire, lors des autres entretiens qui dureront jusqu'à notre départ, huit mois plus tard et se poursuivront par la suite avec le nouveau médecin.

Ces deux derniers patients ont en commun le fait d'illustrer des prises en charge uniquement extra-hospitalières et uniquement consultatives centrées sur des psychothérapies en face à face, la première brève et à deux thérapeutes simultanément, la seconde, encore en cours, avec un seul thérapeute.

Il n'est pas sans intérêt de constater que les deux personnes ainsi traitées présentaient une structure névrotique et n'ont, à aucun moment, troublé l'ordre social. Dans les autres cas, l'hospitalisation s'est avérée nécessaire, au moins pour un temps.

Le choix des trois premiers patients comme analyseurs du fonctionnement sectoriel est d'ailleurs surprenant si on se souvient que nous avons insisté sur la relative coupure service-secteur. Ce choix, nous semble-t-il, a été dicté par l'intérêt porté par l'ensemble de l'

équipe à ces différents patients. Il faut en effet distinguer entre les "petits mentaux", comme disent les généralistes, dont la prise en charge est assurée par un ou deux soignants de façon un peu secrète, et "les grands fous en détresse" auxquels s'intéresse toute l'équipe en liaison plus ou moins harmonieuse avec d'autres ensembles soignants. Si nous reconnaissons de la souffrance dans les deux cas et si nous nous efforçons de répondre à la demande des uns comme des autres, il faut bien dire que les interrogations sur la pratique et même les discussions idéologiques surgissent à propos des seconds.

- QUELQUES PRECISIONS -

I - POSITION PAR RAPPORT AUX TROIS PRINCIPES FONDAMENTAUX
DE LA POLITIQUE DE SECTEUR :

a) Unité et indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure :

Cette formule suppose que chaque secteur géographique et démographique est couvert par une même et unique équipe psychiatrique pluridisciplinaire, dotée de moyens diversifiés au sein desquels l'hôpital ne constitue plus qu'un moyen parmi d'autres du dispositif d'ensemble. Outre que la notion même d'équipe est ambiguë (faisceaux de comportements individuels traversés par une hiérarchie du savoir et du pouvoir ou complémentarité des rôles dans un ensemble déhiérarchisé ?) le fonctionnement de l'institution hospitalière est tel, avec le système des 3 x 8 en particulier, qu'il ne laisse le plus souvent que peu de place à l'improvisation. Dans ces conditions, vouloir qu'une même équipe s'occupe à la fois de malades hospitalisés et des malades du secteur relève sur le plan pratique d'une acrobatie rarement réalisable. Il a donc semblé préférable pour le secteur VII qu'il existe deux équipes, l'une uniquement hospitalière et l'autre uniquement extra-hospitalière, ce qui n'exclut pas qu'un membre de l'une ou l'autre équipe et pas seulement les médecins, puisse éventuellement suivre un patient dans l'un ou l'autre lieu de soins.

Cependant, ce principe tend à être respecté, chaque équipe, tant hospitalière qu'extra-hospitalière, assurant elle-même le plus souvent la prophylaxie, , la cure et la post-cure avec des moyens différents. Quant à la prévention, elle supposerait une information large de la population et des pouvoirs publics sur les "facteurs de risque" des maladies mentales et/ou, plus simplement, sur l'existence d'une équipe psychiatrique de secteur. Cette information n'a pas eu lieu à Vienne et l'emplacement du centre lui-même n'y est connu que des seuls initiés.

b) Personnalisation et continuité de la prise en charge :

Cette personnalisation est effective sur le secteur VII si on considère que 60 % des patients de la file de fonctionnement ont eu un ou plusieurs thérapeutes privilégiés. Par contre, la continuité de la prise en charge n'a pas souvent été respectée du fait des multiples départs ou mutations internes des soignants. De fait, au 30 juin 1976, il ne restait plus aucun soignant de l'équipe de base de janvier 1974.

c) Travail en direction de l'environnement :

Ce travail ne peut être entrepris que si on admet, au moins en partie, l'idée d'une sociogénèse des maladies mentales. Il nous semble avoir assez démontré, tout au long de ces approches du fonctionnement, que ce travail, appuyé sur la quasi certitude de cette sociogénèse, faisait partie intégrante de l'activité de l'équipe de secteur.

II - LES RELATIONS AVEC LE SERVICE DE RATTACHEMENT :

Comme nous l'avons déjà souligné, l'équipe de secteur mise en place avant l'ouverture du service n'est pas une émanation de ce service. Toutefois, il n'y a pas compétition entre les deux équipes, les relations interpersonnelles sont bonnes et si un malade a besoin, temporairement, d'une hospitalisation, cette dernière ne sera pas ressentie comme un échec.

III - PLACE DE LA PSYCHANALYSE :

Aucun soignant n'est analyste et aucun analyste n'est jamais venu éclairer le comportement de l'équipe soignante. Néanmoins, les concepts psychanalytiques infiltrent largement le champ de la pratique quotidienne et la psychothérapie occupe une place prépondérante dans le traitement. Nous entendons répéter qu'elle n'est pas ici le fait du seul médecin.

IV - QUELLE EST L'UNITE LOCALE DU SECTEUR ?

Il existe un relatif sentiment d'appartenance à une même région et une relative unité de pensée parmi la population desservie, malgré la composition mixte ville-campagne. Mais la population consultante des deux centres de soins a, nous semble-t-il, un comportement différent à la mesure de l'image portée par ces deux centres. L'un, celui de Vienne, est un lieu exclusivement psychiatrique, de caractère un peu secret et où on vient presque en se cachant, l'autre, celui de Saint-Quentin, est un lieu ouvert sur un Centre Social où la consultation de psychiatrie en ne constituant qu'une activité parmi d'autres, est pour

ainsi dire banalisée et partant moins angoissante pour le patient. Il nous semble, en tout cas, que ce lieu contribue bien mieux à l'intégration de la folie dans la cité que ne peut le faire un Centre d'Hygiène Mentale classique comme celui de Vienne, fut-il un appartement.

L'organisation du secteur est uniquement psychiatrique et il n'existe pas de représentant des usagers ou d'élus locaux appelés à siéger dans un Conseil de secteur. Cependant, le médecin-chef des deux secteurs VI et VII ~~xxx~~ va régulièrement à Grenoble pour faire le point avec ses collègues et l'administration sur l'ensemble de la politique de secteur dans le département.

Les réunions avec l'équipe du secteur mitoyen n° VI sont extrêmement rares, néanmoins, les relations interpersonnelles entre les deux équipes sont suffisamment développées pour qu'elles ne s'ignorent pas.

Enfin, l'intersecteur de pédo-psychiatrie qui occupe à Vienne les mêmes locaux que le secteur VII est une entité entièrement autonome. Si, là encore, les relations interpersonnelles sont bonnes, il n'existe cependant aucun travail en commun. Il n'a pas semblé toutefois, jusqu'à maintenant que ces diverses équipes aient intérêt à harmoniser leur travail mais bien plutôt qu'une certaine originalité, qui n'exclut pas la confrontation, pouvait éviter la sclérose de l'uniformité.

- C O N C L U S I O N -

La doctrine du secteur semble être la voie officielle dans laquelle le dispositif français de protection de la santé mentale s'est engagé. Mais en fait, elle recouvre des interprétations fort divergentes à la mesure de l'interrogation suscitée par le fait psychiatrique lui-même.

Nous n'avons pas échappé, pour notre part, à la fascination anxieuse qu'exercent les multiples sentiers du champ psychiatrique. Nous nous sommes finalement résolu pour ce travail à en emprunter trois, choisis pour leurs supposées vertus révélatrices du fonctionnement d'un unique ensemble soignant sectorisé. L'un, pavé de chiffres, semblait présenter les garanties de sérieux, de scientificité qui pouvaient apparaître nécessaires à l'exploration de ce fonctionnement. L'autre, qui avait nom analyse de contenu, promettait de révéler le vécu, les tendances de l'équipe

soignante, ce que ne pouvait évidemment pas faire le premier. Enfin, le troisième se proposait, en passant du général au particulier représenté par l'analyse de cas, de tenter par un mouvement inverse d'éclairer le fonctionnement général.

Aucune approche ne nous a semblé suffisamment explicative en elle-même, de même d'ailleurs, qu'aucune théorie ne nous semble suffisamment séduisante pour expliquer elle-seule la maladie mentale et les réponses quotidiennes à y apporter. Néanmoins, ces trois approches nous semblent avoir en commun le fait d'être orientées par une théorie sociogénétique de la maladie mentale que notre travail quotidien nous a appris à considérer comme importante.

Deux points nous paraissent devoir être soulignés :

1 - Alors que des inquiétudes apparaissent sur la possible fonction de chronicisation du secteur, l'étude du secteur VII nous a montré, qu'en ce qui concerne ce secteur, et uniquement pour les patients sans hospitalisation psychiatrique antérieure, cette chronicisation dans une relation soignante interminable ne pouvait être retenue.

2 - En dépit de la taille réduite du service, de son caractère non ségrégatif, de son implantation à l'hôpital général, du turn-over très rapide, bref, d'une image de marque séduisante, l'équipe de secteur n'oriente en aucune manière son fonctionnement en direction de ce service et les deux équipes intra et extra-hospitalières travaillent en situation d'autonomie relative. Néanmoins, et pour les mêmes raisons, l'éventualité de l'hospitalisation d'un patient suivi sur le secteur n'est jamais entachée de la suspicion qu'éprouvent souvent les équipes de secteur en face de leur service de rattachement.

Il nous a finalement semblé que la formule employée à Vienne : équipe de secteur autonome en relation avec un service de psychiatrie inclus dans l'hôpital général, était, parmi les multiples possibilités de fonctionnement sectoriel, une de celles qui permettaient le mieux de répondre à la demande de soins de la population d'un secteur psychiatrique.

+ + + + +

Vu, le Directeur de l'Unité
ALEXIS CARREL

Professeur R. MORNEX

Le Président de la Thèse

Professeur J. GUYOTAT

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 4 OCTOBRE 1977

Le Président de l'Université Claude-Bernard

Professeur D. GERMAIN

- B I B L I O G R A P H I E -

- ANGELERGUES R, DIATKINE R, PAUMELLE Ph : la situation
et les fonctions des médecins dans un orga-
nisme psychiatrique de secteur - Information
Psychiatrique n° 10 - décembre 1972.
- BAILLON G : Trois années de psychiatrie de secteur -
Information Psychiatrique n° 1 janvier 1976
- BERGERET J : La personnalité normale et pathologique
Bordas-Dunod 1974
- BONNAFE L : Thèses 1963 sur la "Psychiatrie de Secteur"
Information Psychiatrique n° 9 - novembre 1963
- BENOIT G : Les tares originelles du secteur. Ses déviations
et son destin - Information Psychiatrique n° 1
janvier 1970
- DAUMEZON G : Problèmes de la psychiatrie de Secteur en
France - Information psychiatrique n° 9 -
Novembre 1964
- FAURE S, WEIL E, MEYER Ph, BODENHEIMER A : 10 ans après :
le XIII° - Etude de quelques données numériques.
Information psychiatrique n° 4 avril 1972
- FOUCAULT M : Histoire de la folie à l'âge classique -
Gallimard 1972.
- GUYOTAT J : Neuroleptiques et psychothérapies - Confron-
tations psychiatriques n° 13 - 1975

HOCHMANN J : Pour une psychiatrie communautaire - Le
Seuil 1971

ISRAEL L : L'hystérique, le sexe et le médecin - Masson
1976

KIEMTZ A : Pour analyser les médias - Maure 1971

LEVI-STRAUSS C : Tristes tropiques - Plon 1968

LOUREAU R : L'analyse institutionnelle - Editions de
Minuit 1970

MARSOT JC : Naissance et fonctionnement du secteur VI
de l'Isère - Thèse Lyon 1976

PAUMELLE Ph, LEPASTIER SM : Contribution à l'étude du
coût de l'action de secteur en psychiatrie
d'adultes - Information Psychiatrique n° 3
mars 1974

RACAMIER PC : Le psychanalyste sans divan - Payot 1971

SCOHY D : De l'introduction de la psychiatrie dans les
hôpitaux de seconde catégorie - Thèse Lyon 1976

STERLIN C : Etre psychiatre de secteur - Information
psychiatrique n° 7 - septembre 1969

TORRUBIA S : Quelques réflexions à propos du secteur
psychiatrique - Thèse Lyon 1969

- Histoire de la psychiatrie de secteur - Recherches n° 17
mars 1975
- Exercice de la psychiatrie de secteur / Coordinateurs
rapporteurs BONNAFE, DEMAY, FLAMBARD - Informa-
tion psychiatrique n° 1 - janvier 1975
- Journée de réflexion et d'étude du 5 avril 1974 sur la
sectorisation psychiatrique - Information
psychiatrique n° 8 - octobre 1974
- La conférence de presse de juin 73 : information
psychiatrique n° 6 - juin 1973
- Colloque de Roanne du 23-24 avril 1976 - Rapport
dactylographié.

